

Travail de la clinique obstétricale d'Angers

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

166

Année 1910

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 10 février 1910, à 1 heure

Par **Léon GAINARD**

Ancien interne des hôpitaux d'Angers
Préparateur au Laboratoire de Bactériologie
Lauréat de l'école de médecine d'Angers
Prix de Bactériologie (Médaille de Vermeil 1908)
Prix Farge (observations cliniques) 1909 Médaille de Vermeil

CONDUITE A TENIR

DANS

LE CAS DE CONTRACTURE UTERINE

AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

Président : M. PAUL BAR, professeur.

*Juges : } MM. DE LAPERSONNE, professeur.
 } AUVRAY et BRINDEAU, agrégés.*

PARIS

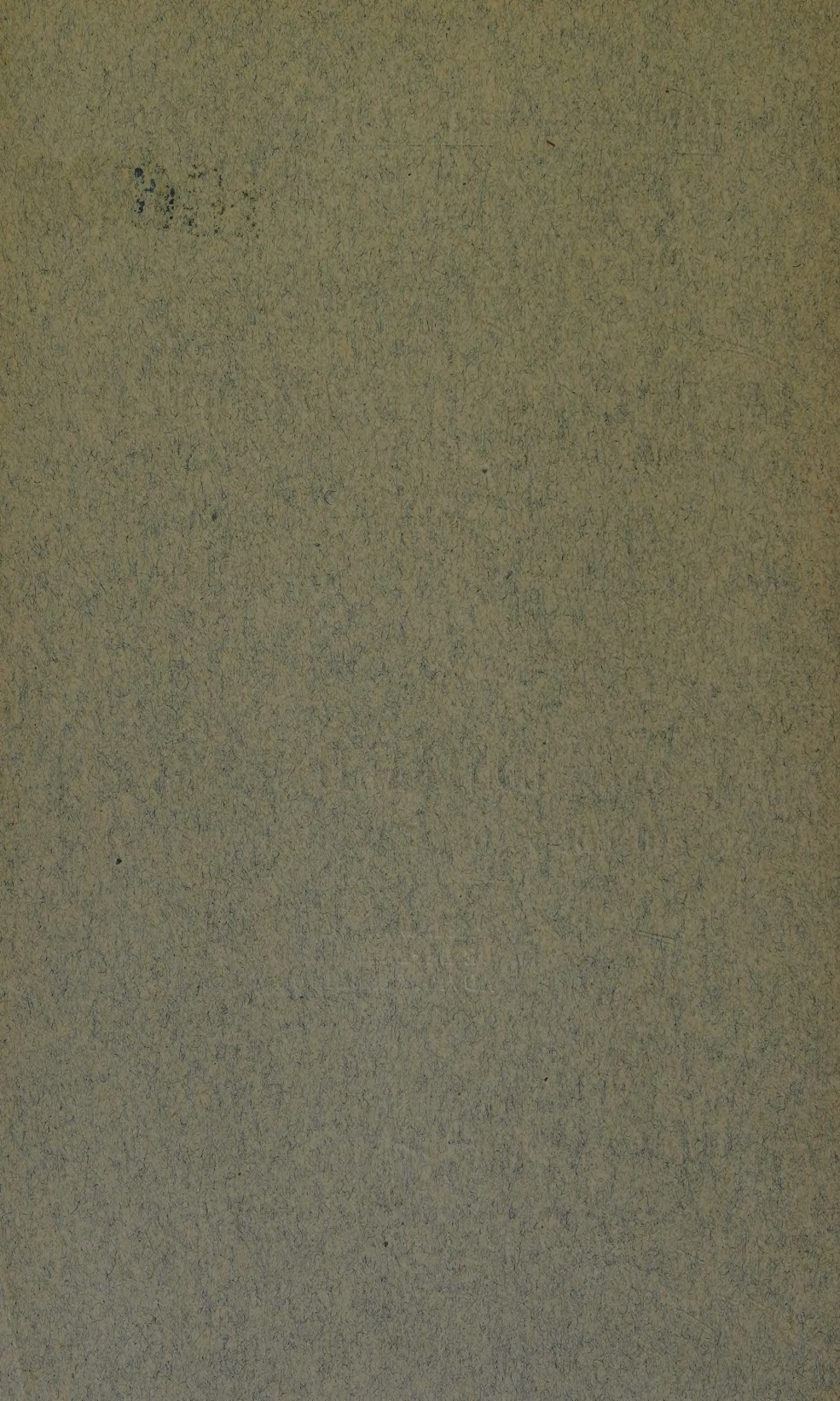
IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)

(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1910



166

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Travail de la clinique obstétricale d'Angers

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 10 février 1910, à 1 heure

Par **Léon GAIGNARD**

Ancien interne des hôpitaux d'Angers

Préparateur au Laboratoire de Bactériologie

Lauréat de l'école de médecine d'Angers

Prix de Bactériologie (Médaille de Vermeil 1908)

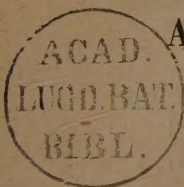
Prix Farge (observations cliniques) 1909 Médaille de Vermeil

CONDUITE A TENIR

DANS

LE CAS DE CONTRACTURE UTÉRINE

AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT



Président : M. PAUL BAR, professeur.

*Juges : MM. DE LAPERSONNE, professeur.
AUVRAY et BRINDEAU, agrégés.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)

(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1910

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen		M. LANDOUZY
Professeurs		MM.
Anatomie.		NICOLAS.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.		GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	X.
Pathologie chirurgicale		DEJERINE.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie.		PIERRE MARIE.
Opérations et appareils		PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.		HARTMANN.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		GILBERT
Médecine légale.		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.		CHAUFFARD.
Clinique médicale.	}	ROGER.
		HAYEM.
		DIEULAFOY
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
		HUTINEL.
Maladies des enfants		
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.		RAYMOND.
Clinique chirurgicale.	}	PIERRE DELBET.
		QUENU.
		RECLUS.
		SEGOND.
Clinique ophtalmologique.		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	}	PINARD.
		BAR.
		RIBEMONT-DES-SAIGNES.
Clinique gynécologique		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique		A. ROBIN.
Agrégés en exercice.		
MM.		
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY
BESANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT
BRINDEAU	GOSSET	LEPER
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD
CARNOT	JEANSELME	MARION
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN
CLAUDE	LABBÉ (MARCEL)	MULON
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX
		NOBÉCOURT
		OMBREDANNE
		POTOCKI
		PROUST
		RENON
		RICHAUD
		RIEFFEL
		SICARD
		ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PÈRE

Hommage de ma profonde reconnaissance.

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BAR

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DE L'HÔTEL-DIEU D'ANGERS

A MES PROFESSEURS
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

*En souvenir de nos excellentes relations et des heureuses
années passées ensemble à l'Hôtel-Dieu d'Angers.*

AVANT-PROPOS

Avant de quitter l'Hôtel-Dieu d'Angers où la franche camaraderie de l'Internat nous avait fait la vie si douce, je me fais un devoir d'adresser à mes Maîtres de l'École de Médecine et de l'Hôpital le témoignage de ma profonde reconnaissance.

Je remercie M. le D^r LEGLUDIC, directeur de l'École de médecine pour les preuves de bienveillante sympathie qu'il nous a toujours témoignées au cours de nos études.

Je fus attaché au service du D^r MONPROFIT comme stagiaire, externe, puis interne ; je dois à son excellent enseignement la plus grande partie de mes connaissances chirurgicales, je lui en exprime tous mes remerciements.

Le D^r JAGOT m'initia aux difficultés de la clinique interne. Il m'apprit aussi que la conscience n'était pas plus négligeable que la science pour faire un bon médecin ; qu'il soit assuré de mon affectueuse gratitude.

J'adresse un témoignage de reconnaissance au D^r THI-

BAULT dont la science et la bienveillance me furent toujours d'une précieux secours.

J'ai été successivement l'interne de MM. MOTAIS, MAREAU, BRIN, CHARRIER, R. TESSON, COCARD, MAUGOURD, ROGUET, TURLAIS, ROYER, LAUNAY, DENÉCHEAU et GAUGAIN. Souvent j'ai eu recours à leurs bienveillants conseils; qu'ils reçoivent ici l'expression de toute ma reconnaissance.

J'ai eu l'honneur d'être pendant trois ans, préparateur au laboratoire de bactériologie sous la haute direction de M. le D^r PAPIN. J'ai pu à loisir pendant ce temps apprécier les qualités du savant qui fut toujours pour moi un maître très bienveillant, je tiens à l'assurer de mon affectueuse reconnaissance.

Je dois à M. le D^r BOQUEL, professeur de clinique obstétricale, chirurgien de la Maternité, un souvenir tout particulier. Il m'a initié à l'art des accouchements, d'une si haute importance pour le médecin praticien, il a bien voulu me guider dans le choix d'une thèse. Je l'en remercie bien sincèrement.

M. le professeur P. BAR me fait le grand honneur d'accepter la présidence de ma thèse, qu'il daigne agréer l'expression de ma profonde gratitude.

INTRODUCTION

Au cours de nos études médicales, et spécialement pendant notre stage à la Maternité d'Angers nous avons eu plusieurs fois l'occasion d'observer des femmes atteintes de contracture utérine au cours de l'accouchement.

Cette cause de dystocie est certainement une des plus graves que l'on puisse rencontrer. Par elle-même, elle apporte un obstacle considérable à l'accouchement qui ne peut se terminer d'une façon naturelle. Elle est de plus très fertile en complications, et certaines d'entre elles sont terribles.

Une des plus fréquentes et des plus redoutables est sans contredit la rupture utérine qui se termine si souvent par la mort de la femme.

On comprend facilement qu'un sujet aussi intéressant ait donné lieu à de nombreuses études. Ces travaux ont contribué à faciliter le diagnostic, à éclairer le traitement.

Cependant, au sujet du traitement les auteurs sont

loin d'être d'accord et les conclusions de l'un sont souvent combattues par celles de l'autre.

La question a pourtant son importance, car, là plus que partout ailleurs, une solution et solution prompte s'impose. La vie de la mère et celle de l'enfant sont en jeu, et pour sauver l'une et l'autre, il faut recourir à une décision immédiate, aussi nous n'avons pas hésité à consacrer notre thèse à l'étude de ce sujet.

Le travail que nous présentons est donc avant tout un travail pratique. Il cherche à répondre à une question qui chaque jour se pose au praticien, celle de la conduite à tenir dans le cas de contracture.

Ce que nous voulons surtout, c'est préciser ce qui dans telle ou telle circonstance que nous indiquerons nous paraît être la solution la meilleure.

A cette occasion nous aurons à nous appesantir sur un mode de traitement qui n'a pas encore réuni tous les suffrages : la césarienne.

L'opération césarienne, ou pour mieux dire l'intervention chirurgicale par voie haute en obstétrique prend chaque jour plus d'extension. Les récentes discussions à la Société obstétricale de France le prouvent surabondamment. Le moment de choix de l'intervention, les divers modes de traitement de l'utérus après l'extraction du fœtus ont été envisagés.

Jusqu'ici on avait réservé surtout ces interventions pour le cas de rétrécissement du bassin ou même de tumeurs.

Il est d'autres conditions qui peuvent entraîner à l'improviste, et même sans obstacle préexistant, cette opé-

ration, et l'un des cas les plus intéressants est celui de la contracture utérine.

Si on lit ce qui est écrit sur la question dans les traités les plus complets, notamment dans le traité de Von Winckel, on voit qu'en pareil cas, les résultats n'ont pas toujours été encourageants.

Dans la thèse récente de Legagneur, si l'intervention chirurgicale est préconisée, il n'y a pas d'observation à l'appui.

Nous avons eu l'occasion d'assister à plusieurs interventions faites dans ces conditions à la Maternité d'Angers, et de voir les succès en nombre relativement important faire suite à ces opérations, et bien que notre observation portât sur un nombre relativement restreint de cas, les résultats nous ont paru si probants qu'ils ont entraîné notre conviction.

Aussi nous croyons que ce chapitre de la pathologie obstétricale est destiné à devenir un des plus importants à l'actif de l'opération césarienne.

NOTIONS PRELIMINAIRES

Avant d'aborder l'étude des moyens de parer aux dangers de la contracture utérine au cours du travail, il nous paraît utile de rappeler quelques notions indispensables.

Nous ne donnerons de l'anatomie et de la physiologie du muscle utérin que ce qu'il est strictement nécessaire de se remémorer pour le but que nous nous proposons. Un exposé complet, outre qu'il sortirait du cadre de notre sujet risquerait de faire double emploi avec les magistrales études de Demelin, de Chéron, et la thèse récente de Legagneur, travaux auxquels nous avons fait de fréquents emprunts pour la rédaction de ce chapitre.

Il est classique de distinguer à l'utérus gravide trois parties : ces trois départements sont par ordre de superposition de haut en bas, le corps, le segment inférieur et le col.

On divise la paroi utérine depuis les travaux d'Hélie en trois couches,

La couche externe nous offre à considérer des fibres longitudinales ausiformes (faisceau de Calza) et des fibres transversales qui se dirigent en dehors et vont se perdre dans le ligament large.

La couche moyenne est la plus épaisse, elle représente la moitié environ de la tunique musculuse. Elle est constituée par une série de bandes musculaires qui s'entre-croisent. L'opposition des anses ainsi formées à d'autres anses constitue un anneau dans lequel passe un vaisseau. Il est à bien remarquer que cette couche moyenne n'existe qu'au niveau du corps utérin, qu'elle fait par conséquent défaut dans le segment et dans le col.

La couche interne nous présente des fibres transversales qui se recourbent sur les bords pour former une sorte de Z. On y rencontre encore des fibres circulaires dont la direction varie suivant le siège. Elles sont surtout importantes au niveau des trompes, où elles constituent de véritables anneaux, au niveau de l'isthme où elles forment ce qu'on a improprement appelé le sphincter de l'isthme, et enfin au niveau du col où leur couche régulière et épaisse compose la plus grande partie du museau de tanche.

L'isthme dilaté d'une façon considérable dans la dernière partie de la gestation formera le segment inférieur à musculature très faible parce que distendu à l'extrême.

En résumé, si nous considérons l'utérus gravide nous voyons que c'est un organe puissamment musclé, épais et solide dans sa partie supérieure ; le corps, plus

mince et moins résistant dans ses deux parties inférieures, le canal cervico-segmentaire.

Nous remarquons que les fibres circulaires sont surtout abondantes en certains endroits de l'organe : au niveau des trompes, au niveau du col et au niveau d'un point qui surtout nous intéresse, l'anneau de Bandl.

L'anneau de Bandl, orifice de Braun, anneau de contraction de Schröder, second orifice interne de Scanzoni n'est autre chose que ce bourrelet plus ou moins saillant qui se forme au moment de l'accouchement à 7 ou 8 centimètres de l'orifice interne et qui contribue à délimiter en haut le segment inférieur.

C'est le point où la paroi utérine diminue d'épaisseur par suite de la disparition de la couche vasculaire moyenne.

C'est, comme l'a dit Bar, la limite inférieure des fibres entre-croisées, c'est-à-dire des fibres qui constituent la partie la plus importante de la couche musculaire sur le fond et les parois latérales du corps utérin. Ce sont ces fibres entre-croisées qui poussent l'œuf, le fœtus au dehors en lui faisant traverser le long canal que forment le segment inférieur et le col. Par l'épaisseur et la puissance de sa musculature l'anneau de Bandl participe à la structure du corps utérin; au-dessous de lui au contraire s'étend le segment inférieur à paroi mince, de constitution surtout conjonctive et élastique. Le segment ne dépendrait pas du corps utérin, en effet, mais bien de l'isthme suivant l'opinion générale et même du col si on en croyait le cas de Bumm et Blumreich.

Il est fort difficile de localiser exactement l'anneau de Bandl jusqu'aux derniers mois de la grossesse.

En effet jusqu'à cette époque aucun relief ne l'accuse et l'on est forcé de se servir d'autres repères sur le cadavre, tels que la veine circulaire (Kranzvene), la limite de solide attache du péritoine, l'union intime de l'œuf à l'utérus, etc.

Mais pendant le travail les modifications dues à l'anneau de Bandl acquièrent leur maximum de netteté. Chéron cite les coupes de Braüne, Barbour, Benckiser et Acconci qui montrent clairement que l'anneau peut constituer une vraie bande contractile faisant une saillie fort nette dans la cavité utérine. Dans ces cas, comme le dit Chéron, la force contractile du muscle a mis en jeu l'élasticité du segment inférieur.

Après l'accouchement, « il présente un contour très net à ce point qu'il apparaît comme un véritable sphincter fermant et protégeant la cavité utérine ». Mais peu à peu son relief diminue et se perd du sixième au dixième jour (Blanc) dans la consistance uniformément dure des tissus cervicaux.

L'anneau de Bandl présente au point de vue clinique deux rapports surtout importants avec l'orifice interne du col et avec le bassin.

On comprendra facilement que ses rapports avec l'orifice interne du col soient des plus variables puisqu'ils sont fonction de toutes les causes qui favorisent la production du segment inférieur, et son allongement.

Ses rapports avec le bassin sont aussi variables ; on

admet qu'il reste pendant la grossesse au niveau du détroit supérieur.

Pendant le travail il remonte toujours au-dessus du détroit supérieur (Demelin) attiré par les fibres musculaires du corps. On l'a même vu remonter à plusieurs travers de doigt de la symphyse (Frommel), à égale distance de l'ombilic et de la symphyse (Schroöder et Stratz), il a pu même atteindre l'ombilic (Frommel, Hofmeier).

Les anciens auteurs, entre autres Guillemot, Baudelocque et M^{me} Boivin connaissaient l'existence de cet anneau et son importance au point de vue clinique.

Mais l'étude complète des contractures utérines et en particulier de celles de l'annexe de Bandl est de date plus récente et remonte à Braüne et Bandl, 1872 et 1880.

Avant eux cependant (1777), M^{me} Le Boursier-Ducoudray consacre un article à la difficulté d'accoucher lorsque l'orifice de la matrice se resserre tout à coup après avoir laissé passer la tête.

En 1797, Bodin publie un mémoire « sur les accouchements relatifs au cas où il est impossible d'introduire la main pour chercher les pieds ».

Mauriceau, M^{me} Lachapelle, M^{me} Boivin, Baudelocque en font mention ainsi que beaucoup d'autres auteurs.

Dans un langage imaginé Velpeau décrit les difficultés de la version quand « l'utérus est contracté par tous ses points, comme collé à la manière d'un gant sur les différentes parties de l'enfant ». Nous ne donnons ici qu'un aperçu de l'historique de la question, historique qui nécessiterait plusieurs chapitres pour être traité d'une façon complète.

Signalons encore les thèses d'agrégation de Tarnier et de Pinard.

Nous arrivons alors à l'année 1888, époque à laquelle la publication de la planche de Braüne suscite les beaux travaux de Bandl.

Après lui, Thomas Smith, Hofmeier, Frommel s'occupent de la question.

En France, Demelin surtout a le mérite d'appeler l'attention des accoucheurs sur une cause aussi fréquente de dystocie.

MM. Budin, Maygrier, Bonnaire apportent de nouvelles observations. Les thèses de Markowitch, Chéron, Chauve viennent éclairer le sujet. Le professeur Bar publie en 1906 un article sur « l'anneau de Bandl dans la version podalique par manœuvres internes ». Enfin le dernier ouvrage paru sur les rétractions utérines est constitué par l'excellente thèse de Legagneur.

L'ensemble de ces travaux est consacré à la contraction utérine et spécialement à la rétraction de l'anneau de Bandl qui est le plus souvent mis en cause dans le cas de dystocie d'origine musculaire. Bien qu'il n'ait anatomiquement parlant, qu'une existence pour ainsi dire virtuelle et qu'il soit plutôt suivant le mot de Keiffer une manifestation fonctionnelle de contraction, son influence ne saurait être mise en doute. Physiologiquement comme anatomiquement il possède une analogie frappante avec le corps de l'organe gestateur ; en effet, pendant les contractions il constitue, comme l'a fort bien dit Pinard, « la limite de l'onde musculaire circulaire du corps utérin ».

Suivant le mot de Pajot, la grossesse ne crée aucune propriété nouvelle : du moins a-t-elle pour effet d'exagérer les propriétés normales de l'utérus.

Il semble ainsi que la sensibilité et l'irritabilité plus grandes que possède cet organe pendant la gestation aient aussi pour effet d'amener une rétractilité et une contractilité plus fortes. Une série de contractions successives se rapprochent jusqu'à presque se fusionner, donnant ainsi la contracture, état comparable au tétanos physiologique des muscles striés, ayant comme traduction clinique la tension et la dureté permanente du muscle. Avec la contraction et suivant une marche presque parallèle à elle vient la contracture, « chaque contraction s'accompagne d'un raccourcissement très prononcé mais temporaire : la contraction, et d'un raccourcissement extrêmement faible mais permanent : la rétraction (Chauve).

Lorsque la fatigue intervient dans le muscle contracturé il peut se relâcher dans la mesure où la rétraction le lui permet.

Ceci a permis de distinguer la contracture qui peut céder tout d'un coup, à un agent anesthésique, par exemple, de la rétraction qui ne cède pas. Si en clinique on a pu parfois faire la distinction de la dystocie due à l'une ou à l'autre de ces propriétés, en fait cette distinction est souvent impossible à établir et les deux mots contracture et rétraction sont souvent indifféremment employés l'un pour l'autre.

On a cherché longtemps et on cherche encore la cause dernière provocatrice de la contracture.

Des expériences nombreuses ont été faites sur les groupements centraux ou viscéraux qui président à l'innervation de l'utérus. On sait que la partie fœtale, les manœuvres peuvent produire sur l'utérus le réflexe contracture ; que l'excitant agit à un moment donné où l'irritabilité de l'utérus est particulièrement excitable, et où la moindre cause peut mettre brusquement en jeu sa contractilité latente (Keiffer) mais la nature exacte du *primum movens* de la contracture utérine nous demeure complètement inconnue.

CONDITIONS DANS LESQUELLES SE PRÉSENTE LA CONTRACTURE

Avant d'aborder la conduite à tenir dans le cas de rétraction utérine, il nous reste encore à examiner les conditions dans lesquelles ce fait se présente au praticien.

Quand l'accouchement est normal, le muscle utérin est le siège de contractions régulières et intermittentes, et le durcissement de l'utérus, traduction clinique de la contraction, est ordinairement étendu à tout l'organe.

Survienne un obstacle nécessitant la mise en jeu d'un effort considérable, l'excitation anormale qui en résulte donne lieu à un changement d'aspect de la contraction. Celle-ci peut, restant étendue à la totalité du muscle devenir presque permanente et très douloureuse, aboutissant ainsi à une sorte de tétanisation. D'autres fois la fatigue de l'utérus peut se traduire par une répartition irrégulière de la contraction dans les divers faisceaux musculaires. Pinard a démontré que la rétraction

pouvait se produire au niveau de n'importe quel point du muscle utérin. Ceci se conçoit d'autant mieux qu'on connaît l'existence des fibres circulaires au niveau de l'orifice utérin des trompes, de l'anneau de Bandl et du col.

L'anneau de Schröder surtout peut être le siège de contractions fréquentes qui ont pour résultat d'amener la formation d'un bourrelet faisant saillie dans la cavité utérine et séparant cette cavité en deux ventres, l'un inférieur, le segment inférieur et le col (canal cervico-segmentaire), l'autre supérieur, le corps. C'est la forme en sablier bien connue; le hour glass des Anglais.

Mais, de même que la rétention placentaire qui d'ordinaire succède à des manœuvres, peut se présenter sans qu'on ait rien tenté du côté de l'utérus, de même on peut observer sans cause appréciable et d'une façon précoce, la contracture.

Cliniquement cette rétraction primitive, essentielle, de l'anneau de Bandl se manifeste souvent, comme il suit. La dilatation peut être complète, les contractions en apparence assez régulières, peut être un peu espacées à la fin. La poche des eaux se présente volumineuse à la vulve, elle se rompt d'elle-même, ou on la rompt au cours du travail. Tout paraissant absolument normal dans la marche de l'accouchement on est fort surpris de constater que le travail n'avance pas. Les douleurs sont sourdes, continues avec parfois quelques petites exacerbations, sans intermittences régulières. On attend les coliques d'expulsion qui ne se produisent pas.

Si on pratique alors le toucher, on est fort étonné de voir que non seulement la tête ne progresse pas mais encore que l'orifice du col bien que souple tend à revenir sur lui-même. On conclut alors souvent à l'inertie utérine. Mais un examen plus approfondi permet de sentir à travers la paroi abdominale l'utérus constamment dur et tendu gênant la palpation du fœtus dont il masque le relief.

Parfois cette constatation est rendue fort difficile à cause du pannicule adipeux qui peut se trouver dans la paroi du ventre. Si alors on a recours au toucher manuel on peut en retirer des renseignements décisifs.

La main en effet pénètre facilement dans le canal cervico-segmentaire qui est appendu au corps comme une « manchette flasque ». En poursuivant l'examen on se heurte bientôt à un bourrelet circulaire qui enserre une région fœtale. Parfois (Legagneur) il n'y a pas de présentation, la rétraction de l'anneau de Bandl s'est produite au-dessous du fœtus tout entier et alors la cavité segmentaire est molle, complètement vide, et séparée du corps par l'orifice circulaire plus ou moins serré que lui constitue l'anneau de Bandl contracté. C'est donc bien lui qui forme l'obstacle à l'accouchement et l'expérience démontre que cet obstacle est souvent fort difficile à lever.

La contraction tardive, secondaire, ne se manifeste pas de la même façon. Sans doute il existe de l'une à l'autre des formes de transition et la division excessive risquerait de dépasser les bornes de la réalité, mais en fait elle est ordinairement bien différenciée.

Dans ce cas en effet, la présentation étant descendue au-dessous de l'anneau de Bandl, le corps est rétracté et le segment inférieur est étiré, allongé, aminci, étendu jusqu'aux limites de sa résistance.

Cette contracture qui est un phénomène avant-coureur de la rupture utérine apparaît alors que la matrice lutte depuis longtemps contre un obstacle infranchissable.

C'est dans cette forme que l'on rencontre la disposition la plus typique de l'utérus en sablier. A ce moment donc, l'utérus est divisé en deux zones bien distinctes : l'une inférieure dont les parois très minces sont exactement appliquées sur la partie fœtale en présentation ; l'autre supérieure, épaisse et contractée, est constituée par le corps utérin. Au milieu et remonté très haut comme nous l'avons dit dans le précédent chapitre, se trouve l'anneau de Bandl dont la contraction donnera un sillon appréciable à la vue et au palper séparant les deux portions de l'utérus.

Cet aspect est surtout saisissant dans le cas de présentation de l'épaule.

En effet nous trouvons là le corps sous la forme d'une masse dure et globuleuse qui contient la partie moyenne et inférieure du fœtus. Le canal cervico-segmentaire contient lui la tête et l'épaule de l'enfant sur lesquels il se moule absolument, et qui le distendent à la fois en hauteur et en largeur. D'où il résulte la présence dans la fosse iliaque d'une grosseur débordante séparée du corps de l'utérus par le sillon que nous connaissons.

Dans les présentations du sommet la déformation est encore très nette, bien que la distension du segment inférieur soit beaucoup moins grande.

Aussi, dans les deux cas en se basant sur l'existence du signe de Bandl, l'ascension de l'anneau, la constante dureté de l'utérus, il est assez facile d'arriver à faire le diagnostic.

Que conclure de tout cela ?

Que dans la rétraction secondaire il y a place pour un traitement prophylactique, l'abstention de manœuvres intempestives, la reconnaissance précoce des causes de dystocie qui entraînent, à son heure, la mise en œuvre des moyens appropriés.

Que dans la rétraction primitive on se trouve toujours en présence de fait accompli et que, en l'état actuel de nos connaissances, on ne peut pas prévenir un état dont la cause échappe.

Mais quelle que soit la variété, quand le fait est accompli il faut intervenir. La seule chose qui nous paraîtra intéressante, c'est le caractère plus urgent de l'intervention dans le premier cas, mais l'intervention sera toujours évidemment nécessaire.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LE TRAITEMENT DE LA CONTRACTURE UTÉRINE

Un fait se dégage, primordial, de l'étude entreprise jusqu'ici. C'est l'action éminemment défavorable de l'excitation manuelle interne sur la contracture utérine ; contracture passagère provoquée à l'occasion d'une manœuvre en apparence anodine, contracture passagère transformée en contracture définitive par une exploration intra-utérine simple. Voici des faits habituels et frappants. Si suivant les cas, il importe donc de se conduire suivant telle ou telle méthode tenant compte et de la nature et de l'étendue de la contraction, de l'existence ou non d'un obstacle surajouté ou préexistant à cette contracture, il est avant tout absolument nécessaire de se mettre en garde contre cette excitabilité extrême du muscle utérin et de faire, avant toute exploration, avant toute manœuvre, appel à l'anesthésie chloroformique.

Et nous disons anesthésie chloroformique. Car le

chloroforme, qui est d'un maniement facile quoi qu'on dise, qui fait journellement ses preuves de médecine merveilleux et quasi parfait, apparaît ici comme l'anesthésique idéal. Et il ne semble pas que les médicaments autres proposés soient vraiment analogues.

Les antispasmodiques réputés qu'autrefois on employait, tels que la belladone, l'opium n'ont jamais donné de bons résultats. On se souviendra même que la scopalamine seule ou associée à la morphine peut retarder le travail et que la stovaine possède des propriétés contracturantes très nettes (Chartier).

Il vaudra donc mieux s'abstenir de ces substances et s'en tenir au chloroforme.

Il faut toutefois faire remarquer qu'il faut ici une anesthésie réelle, profonde, complète, que pour l'utérus comme pour les autres organes en mal de contraction musculaire, il faut se défier des demi-anesthésies. C'est dire que l'anesthésie dite à la Reine, usitée parfois en obstétrique, est naturellement hors de propos ici. Bien souvent hélas ! même avec l'anesthésie profonde le relâchement cherché ne sera pas obtenu, la manœuvre souhaitée ne pourra pas être accomplie. Mais il n'en est pas moins vrai que dans les cas favorables, elle peut rendre les services désirés, que sans elle aucune manœuvre ne pourrait être tentée.

Mais le chloroforme n'est pas tout, et si dans quelques cas, il permet la manœuvre nécessaire et souvent conduit indirectement à une réussite qui sans lui serait impossible, il apparaît nettement qu'il n'est qu'un auxiliaire.

Que faire une fois la femme endormie, dans le cas d'un utérus rétracté ?

L'examen intra-utérin, le toucher manuel qui seul nous fixera sur le diagnostic réel, sur la cause de la rétraction, sur la possibilité d'en triompher, sur la conduite à tenir variable nécessairement suivant chaque cas particulier.

Et il est évident que la rétraction n'étant souvent qu'une complication, il n'y a pas à faire la même chose, quand le bassin est normal ou au contraire rétréci, l'enfant gros ou petit, la présentation normale ou anormale.

La conduite à tenir en pareil cas, but de notre étude, échapperait donc à un développement prolongé des considérations générales si une question préjudicielle ne se posait.

Ici se pose comme en matière générale de dystocie, la question capitale : l'enfant est-il vivant. Il nous faut revenir à nouveau sur les discussions encore à l'ordre du jour qu'a entraînées cette question et sans méconnaître que la question — qui à la Maternité d'Angers, est considérée comme tranchée dans le sens indiqué par Pinard, l'embryotomie sur l'enfant vivant a vécu — est encore des plus discutées en nombre de cas, il apparaît qu'elle se présente ici dans des conditions particulières sur lesquelles nous reviendrons, mais qui d'emblée dominant la question envisagée d'une façon générale.

Ces conditions sont au nombre de deux :

1° Il s'agit d'un obstacle passager, nous voulons dire un obstacle lié à l'accouchement présent, qui, en lui-même, peut, s'il n'existe pas de cause permanente de dys-

tocie, ne pas se présenter de nouveau et en fait n'existera souvent pas à une autre grossesse, d'où nécessité de ménager l'avenir au point de vue d'un accouchement ultérieur.

2° L'état de rétraction est par lui-même une cause de grave danger pour la mère, danger souvent imminent et, qu'il y ait ou non une cause autre de dystocie, l'intervention la plus simple, la plus bénigne peut entraîner l'apparition de la rupture utérine, complication sur la gravité de laquelle il n'est pas besoin dès maintenant d'insister.

Ne peut-on dès maintenant rappeler à propos de ces considérations générales cette observation rapportée par M. Demelin (Soc. obst., Paris, 18 juin 1909) dans laquelle chez une femme en travail une application de forceps faite par une personne expérimentée et très au courant de la question de la dystocie par l'anneau de Bandl, entraîna, dans un cas de tête retenue dernière par une rétraction de cet anneau, une rupture utérine.

Voilà bien des conditions particulières et si la première est de nature à expliquer et justifier en apparence la conduite des embryotomistes (l'enfant étant supposé vivant) la seconde est de nature à entraîner quelques circonspections dans la pratique de l'embryotomie alors même que l'enfant est mort.

Il y aura donc des réserves à apporter dans son jugement, mais malgré tout, la division qui s'impose ici comme dans toute étude de chaque cas particulier de dystocie, semble être la grande division : enfant vivant — enfant mort ; c'est celle que nous suivrons, nous réservant de mettre en évidence les cas particuliers.

CONDUITE A TENIR DANS LE CAS D'ENFANT MORT

Tout d'abord nous dirons que nous comprenons de toute évidence sous le vocable d'enfants morts, non seulement ceux dont la mort a été constatée d'une façon certaine, mais encore les enfants non viables.

Tels sont les enfants atteints de malformations incompatibles avec l'existence comme ces hydrocéphales, pour ne parler que des cas les plus communs, dont l'excès de volume de la région céphalique entraîne nécessairement un obstacle insurmontable à l'accouchement et par suite fréquemment l'état de contracture qui nous occupe actuellement.

Qu'il y ait nécessité, pour faire ce diagnostic de malformation, de faire l'exploration intra-utérine manuelle, cela ne fait pas de doute, mais n'avons-nous pas posé en principe que l'exploration intra-utérine et un examen très attentif s'imposent avant toute intervention, celle-ci ne pouvant être mise en œuvre qu'une fois le dia-

agnostic complet posé, si renseignés que nous soyons *à priori* sur l'état de contracture.

Ceci étant entendu, nous nous trouvons donc en présence d'une femme qui a dans son utérus contracté un enfant mort.

Nous n'aurons donc ici qu'une seule considération en vue : sauver la vie de la mère.

Il faudra par conséquent la débarrasser de son fœtus par n'importe quels moyens : tous seront bons à la condition expresse d'être le moins nocifs possible pour l'organisme maternel.

L'idée qui vient alors à l'esprit immédiatement, la plus simple, la plus logique, du moins en apparence, est l'extraction du fœtus par les voies naturelles après morcellement, en d'autres termes l'embryotomie. Il ne fait pas de doute en effet que la plupart du temps cette opération est bénigne pour la mère.

Nombreux sont les cas dans lesquels des femmes qui après un long travail, ayant été l'objet de manœuvres multiples et infructueuses amenant la mort du fœtus, subissent avec succès l'embryotomie.

Mais nous n'avons pas ici à envisager l'embryotomie en général, mais bien dans le cas spécial de contracture utérine. Tout d'abord, point particulier à examiner, ici comme partout, il faut bien voir que cette opération n'est aussi bénigne qu'on veut bien le dire, en dehors de la menace imminente de rupture, que lorsque la femme n'est pas infectée, et pour établir le pronostic de l'embryotomie, il faut sérier les cas dans lesquels l'enfant vivant ou mort est em-

bryotomisé avant l'infection constituée et les autres.

Si la femme est infectée, l'opération aura beau être pratiquée avec toute l'habileté désirable, avec toutes les précautions nécessaires, le résultat n'en sera pas bon. Certes l'intervention en elle-même pourra se bien passer, mais l'infection continuera et la malade n'en mourra pas moins, sinon de l'embryotomie, du moins de l'infection et le résultat sera le même.

Il ne faut pas en pareille matière se contenter de résultats immédiats et attribuer la mort des malades à une broncho-pneumonie, une hépatite, etc.

Dans son livre le Dr Boquel a cité deux cas dans lesquels la mort survint un mois, six semaines après l'embryotomie, mais la relation de fait est évidente.

Constance N..., femme M..., 32 ans, primipare, en travail depuis le samedi 22 octobre 1905, nous est amenée à la Maternité le mercredi soir 26. Après une hémorragie — une semblable avait eu lieu quelque temps avant, au cours de la grossesse — la rupture prématurée ou précoce des membranes s'était faite le samedi matin, le travail avait traîné, puis, le mercredi, on s'était ému, on avait envoyé chercher un médecin, qui avait fait deux tentatives infructueuses de forceps, et devant son impuissance, avait envoyé cette femme à la Maternité.

L'enfant était mort, des liquides infects s'écoulaient de la matrice extrêmement contracturée.

L'embryotomie est pratiquée aussitôt, basiotripsie sur le sommet et l'enfant extrait non sans peine.

La femme meurt d'infection vingt-cinq à trente jours après,

sans qu'aucun moyen thérapeutique ait pu enrayer les phénomènes : abcès de fixation notamment.

Marie L..., femme B..., 42 ans, primipare, en travail depuis huit jours (?), nous est amenée à la Maternité le 13 novembre. On est peu fixé sur ce qui s'est passé auparavant; mais, en constatant la contracture du col et du corps, en présence des réticences de ceux qui l'amènent, on est amené à penser que de l'ergot de seigle a été peut-être administré. La tête est au-dessus du détroit supérieur, sans tendance à l'engagement; l'enfant est mort. La femme paraît en piteux état. Sous chloroforme et avec une peine extrême, on arrive à dilater le col et on pratique la basiotripsie.

La femme présente, dès le même jour, des signes d'infection manifeste qui ne font que croître et embellir. En présence des phénomènes utérins locaux, on se décide à faire quelques jours après, un curettage.

Il y a des hauts et des bas; mais malgré l'apparition d'une phlébite qui avait fait espérer la guérison, la malade meurt soixante et un jours après l'intervention.

Il faut donc dire au seul point de vue infection que l'embryotomie, si l'infection est déclarée, n'est pas une opération bénigne. C'est une intervention qui comporte des dangers comme toute autre, ou du moins ne peut donner que ce qu'on peut lui demander vraiment : « débarrasser » la mère sans dégât immédiat.

Et dans certains cas exceptionnels sans doute, mais réels, on peut se demander, étant donné le danger véritable constitué par l'infection confirmée, s'il ne vaudrait

pas mieux faire l'hystérectomie d'emblée que l'embryotomie.

En présence des résultats obtenus dans les deux observations précitées on peut se demander si une autre opération que l'embryotomie n'eût pas été préférable.

Voici d'ailleurs deux cas récents où l'hystérectomie, l'enfant étant mort, a donné d'excellents résultats.

Observation tirée du journal *La Clinique*, 24 décembre 1909.
Empruntée au D^r G. LAFOURCADE (résumée).

Il s'agit d'une parturiente primipare âgée de 28 ans, en travail depuis trente-six heures. La dystocie est due à un rétrécissement promonto-pubien. Le fœtus est en position transverse.

Avec la plus grande difficulté (trois heures d'efforts) on arrive à pratiquer la version sur un fœtus mort, on ramène les membres inférieurs et le tronc, il est impossible d'extraire la tête.

La basiotripsie n'est pas tentée, car la vulve est tuméfiée, le périnée déchiré, la tête retenue derrière, très difficile à atteindre.

On se décide alors à faire l'hystérectomie pour mettre la femme à l'abri d'une nouvelle grossesse et pour supprimer le sac utérin certainement infecté.

Incision médiane, extériorisation de l'utérus, protection du péritoine et mise en place d'une valve sus-pubienne. Ligatures vasculaires. Lambeau péritonéal. Amputation supra-vaginale. Suture du col. Péritonéisation. Drainage. Sutures.

L'opération dure vingt minutes, elle fut presque exsangue et très bien supportée.

Bien que la malade eût déjà 38°5 avant l'opération, les suites

furent très simples et l'opérée, rétablie, rentra chez elle quinze jours après l'intervention.

Observation empruntée au D^r RUDAUX (*résumée*).

Tirée du Journal *La Clinique*, 24 décembre 1909.

Femme en travail, d'un embonpoint tel que le palper ne peut fournir aucun renseignement précis. La dilatation a la dimension d'une pièce de 2 francs. La présentation est très élevée et inaccessible.

On constate de plus une exostose rétro-symphysaire et un aplatissement du côté gauche du bassin. L'accouchement par les voies naturelles étant impossible, on propose la césarienne qui est refusée.

Sept heures après la dilatation est complète, l'enfant mort. On anesthésie la femme et on tente une basiotripsie, elle est rendue très difficile par la situation élevée de la tête et les dimensions restreintes du bassin. On arrive cependant à pratiquer les deux broiements, mais insuffisamment pour pouvoir exécuter l'extraction.

On se décide alors à pratiquer une laparotomie, on trouve l'utérus rompu dans une grande partie de sa hauteur du côté droit. On fait alors l'hystérectomie abdominale totale qui s'effectue facilement. On referme la paroi abdominale après avoir établi un large drainage avec des drains de Ricard au niveau de l'abdomen d'une part et du vagin d'autre part. Trois semaines après l'opération, la malade rentrait chez elle, ne conservant qu'une incontinence passagère des urines.

Cette opinion que nous avons de l'embryotomie en nous plaçant seulement au point de vue infection, va

être singulièrement confirmée par les considérations particulières qu'entraîne pour cette opération l'existence d'une contracture utérine, obstacle infiniment plus dangereux au point de vue de la rupture possible que les causes de dystocie indépendantes de l'utérus.

Pour que l'embryotomie soit une bonne opération, avons-nous dit, il faut qu'il n'y ait pas de menace de rupture utérine. Or dans tous les cas qui nous occupent l'utérus est contracté, tendu à l'extrême. L'augmentation de cette tension par l'introduction de la main et l'avant-bras de l'opérateur, par les manœuvres complexes que nécessite l'intervention accroît dans des proportions considérables les chances de rupture.

C'est donc une opération particulièrement dangereuse dans la contraction utérine.

Elle est toujours possible? Nous répondrons, en nous reportant aux observations que nous venons de rappeler et à une autre citée par Legagneur. Nous y voyons chez une femme dont l'enfant était mort depuis quelque temps et après section du cou, l'arrachement des bras précéder l'extraction du tronc, la manœuvre de Mauriceau ne réussir qu'à amener le maxillaire inférieur; l'élévation et la mobilité de la tête rendre impossible la basiotripsie, et l'on fut obligé de faire une opération de Porro.

Il est évident qu'en l'occurrence la malade eût bénéficié de voir l'opérateur faire appel dès l'abord à la dernière partie de cette longue série d'interventions.

D'ailleurs, dans certains cas l'embryotomie est impossible de prime abord. Nous voulons parler des cas

encore relativement fréquents dans lesquels le col se présente absolument contracturé, admettant à peine le passage du doigt. Il est évident qu'on ne peut tenter de placer un embryotome, quel qu'il soit.

On a alors parfois dans cette occurrence essayé de dilater le col afin de permettre l'embryotomie. Pour cela, on a placé des excitateurs, des dilatateurs ou même des ballons. C'était faire là une œuvre dangereuse. Car les ballons et surtout les gros ballons de Champetier de Ribes ont été incriminés dans la genèse de la contracture et de la rupture utérine consécutive. Comme l'a fait remarquer Bar, une fois le ballon mis voici ce qui se passe : les contractions utérines le poussent dans le segment inférieur, l'anneau de Bandl se contracte alors entre le fœtus et le ballon, et au-dessous de lui le col reste sans se dilater. Le remède est pire que le mal puisqu'il augmente celui-ci et ne permet pas de faire l'intervention en vue de laquelle il était employé.

L'embryotomie dans le cas de contracture utérine n'est donc pas toujours possible. De plus quand elle est possible, elle est la majeure partie du temps fort difficile. Nous n'en voulons pour preuve que la grande quantité d'instruments fort ingénieux d'ailleurs qu'on a successivement préconisés pour mener à bien cette opération.

L'embryotomie rachidienne pourra être faite avec le crochet de Braun et les ciseaux de Dubois modifiés par Pinard ou avec l'embryotome de Ribemont-Dessaignes. Ces instruments qui sont les plus simples suffiront et mèneront à bien l'intervention dans la grande

majorité des cas. Les autres instruments souvent utiles ne sont pas en général nécessaires.

L'embryotomie céphalique peut se faire de deux façons. Quand l'obstacle est peu considérable, on peut se contenter de réduire un peu le volume de la tête en écrasant la voûte crânienne : céphalotripsie. Si la céphalotripsie ne doit pas être suffisante, on procède alors au broiement de la base du crâne ou basiotripsie qui réduit au minimum les dimensions du pôle céphalique.

La céphalotripsie pourrait en principe être exécutée avec n'importe quel instrument piquant. Un forceps ensuite fait sur la tête la viderait « comme une châtaigne bouillie ». On préfère se servir d'un instrument adapté au but qu'on se propose, le perforateur de Blot, qui rend ordinairement les plus grands services.

Pour la basiotripsie un instrument plus complexe est nécessaire, il a été inventé par Tarnier.

« Il procède à la fois du céphalotribe, l'instrument de Baudelocque qui broie bien et extrait mal, et de la pince à os de Simpson, modifiée par Braun sous le nom de cranioclaste qui ne broie pas très bien mais est un très bon instrument d'extraction. »

Il existe deux modèles de basiotribe. L'ancien modèle se compose d'une pièce médiane : le perforateur destiné à aller perforer la base du crâne et de deux branches latérales permettant de broyer successivement chacune des deux moitiés de la tête.

Le nouvel appareil diffère de l'ancien par la présence de deux crans d'articulation permettant de donner une plus grande longueur à l'une ou l'autre branche et en

outre par l'addition du capuchon, pièce supplémentaire qui, une fois la perforation faite, est destinée à se placer sur le perforateur et à transformer l'instrument piquant en une sorte de pince, pour éviter qu'il dérape, accident fréquent avec l'ancien modèle. L'application de ce dernier instrument relativement facile quand on dispose de deux aides, l'un pour maintenir la tête à l'entrée du bassin, l'autre pour tenir la pièce médiane en contact avec la base du crâne, est très difficile quand on se trouve seul à la campagne. La mise en place du capuchon est, de plus, loin d'être commode et exempte d'ennuis pour l'opérateur. Pourtant le plus souvent on ne peut guère se passer de cette pièce supplémentaire ; dans le cas qui nous occupe, elle est absolument nécessaire.

Parfois en effet le col n'étant pas à dilatation complète, on commence la basiotripsie. Après la perforation on fait le premier broiement et, suivant le conseil donné par Pinard dans une de ses leçons, on tire sur l'instrument pour que la tête amoindrie dans ses dimensions vienne compléter la dilatation du col. La traction soutenue que cette manœuvre nécessite exige des efforts assez grands et par suite une prise solide que seul le capuchon, transformant le basiotribe en pince à os peut assurer.

Pour remédier aux inconvénients inhérents à la complication réelle que présente le nouveau modèle de basiotribe au point de vue pratique, et désirant conserver le capuchon indispensable, le professeur Boquel a apporté au basiotribe une légère modification destinée à

rendre l'instrument d'un maniement beaucoup plus facile. Cette modification consiste dans l'addition à l'ancien modèle (qui se recommande par sa grande simplicité, l'absence de double articulation qui complique l'instrument et le rend moins solide) d'une pièce médiane à capuchon fixe destinée à remplacer le perforateur quand celui-ci a rempli son but.

Nous ne pouvons invoquer notre expérience personnelle en la matière, cependant, l'heureuse modification apportée par notre maître au basiotribe nous paraît devoir rendre des services réels particulièrement dans les cas de contracture.

Pour nous résumer, les conclusions que nous tirerons de cette étude seront les suivantes : Dans le cas d'enfant mort : embryotomie quand elle est possible et pas trop dangereuse.

Hystérectomie quand on a : contracture du col, menace de rupture utérine ou infection constituée.

CONDUITE A TENIR DANS LE CAS D'ENFANT VIVANT

Il est bien évident que lorsque le fœtus est vivant, la question se pose d'une tout autre façon. Il ne faut plus seulement s'efforcer de sauver la vie de la mère, mais encore celle du produit de la conception.

On commencera d'abord, et pour les raisons que nous avons énoncées plus haut, à donner du chloroforme avant de faire quoi que ce soit.

La condition première pour que les manœuvres que nous allons décrire ne soient pas trop dangereuses, c'est que le segment inférieur ne soit pas dans un état de tension extrême, c'est-à-dire qu'on se trouve dans le cas de contracture primitive.

Alors, ou on a affaire à une tête engagée, ou bien il s'agit d'une présentation du sommet non engagée ou de toute autre présentation. Supposons la tête engagée. il faut alors tenter une application de forceps. La tête est assez fléchie, avec un peu d'habileté on peut faire une prise régulière et solide. Mais on se rappellera que

l'obstacle ne siège pas là au niveau de la tête mais bien au niveau des épaules qui ne peuvent arriver à franchir l'anneau contracté.

Aussi, il faudra s'armer d'une patience à toute épreuve. D'autant que l'excès de volume des épaules, la brièveté du cordon, une mauvaise attitude du bras telle que le déplacement dorsal, par exemple, viennent se joindre à la rétraction de l'anneau pour empêcher la descente du fœtus, alors que la tête première bien engagée n'est pour rien dans la dystocie. De tels faits expliquent facilement la durée de l'effort que l'on doit fournir alors que la tête paraît plutôt petite par rapport aux dimensions de l'excavation.

Enfin, des tractions soutenues pendant l'intervalle des contractions, arrivent souvent à vaincre l'obstacle musculaire qui s'oppose à la sortie de l'enfant.

L'application du forceps est donc légitime dans le cas de tête engagée, mais si l'engagement n'est pas du tout effectué, si c'est d'une autre présentation qu'il s'agit, que faudra-t-il faire?

Si l'anneau est rétracté au-dessous du fœtus tout entier, l'application du forceps présentera des difficultés considérables. En nous reportant aux statistiques publiées dans ce cas par Legagneur, nous trouvons le forceps employé six fois dans onze observations ; dans deux cas seulement il réussit d'emblée, une fois il réussit après échec de la version, par contre dans les trois autres fois il ne put venir à bout de la résistance, et l'on dut achever l'accouchement par la version (1 fois) ou par la basiotripsie (2 fois).

Aussi le professeur Goinard conclut : « L'application de forceps est à peu près fatalement vouée à un échec dans les cas de ce genre, la tête est trop mobile et trop difficile à saisir correctement. »

Lorsque la tête non engagée est située au-dessous de l'anneau, quels résultats nous donnera le forceps ? Il arrive parfois, comme dans une observation que nous citerons tout à l'heure, que la tête étant bien inclinée, la bosse pariétale postérieure dans la concavité sacrée, la bosse pariétale antérieure derrière le pubis, on met le forceps en ayant soin de placer la branche antérieure la première. Une fois l'instrument articulé, on s'aperçoit que la tête est remontée et comme attirée en haut. Que faire ? Évidemment désarticuler et avoir recours à un autre moyen. Si la tête est de dimension normale, notre forceps au détroit supérieur équivaldrait en effet à une embryotomie déguisée. Si la tête est de dimensions suffisamment petites, pour ne pas souffrir de cette application, il arrivera que le forceps amènera tout, tête, col, anneau, utérus, et qu'il dérapera. Il faut donc chercher autre chose.

La version semble alors indiquée, elle est cependant dans ce cas très difficile et très dangereuse. Très difficile, Velpeau le savait bien lorsqu'il écrivait : « L'utérus est contracté par tous ses points, comme collé à la manière d'un gant sur les différentes parties de l'enfant. Après les orifices, c'est un deuxième, puis un troisième cercle de la matrice, puis un quatrième, puis un cinquième qu'il faut vaincre. On est obligé de disputer à la cavité utérine le passage des doigts ou de la main,

ligne par ligne, point par point, depuis l'orifice jusqu'au fond de l'organe, ou depuis l'épaule jusqu'aux pieds du fœtus. » Très dangereuse comme le signalait M^{me} Lachapelle : « L'orifice est remonté et est resserré sur le col de l'enfant, ce serait vouloir séparer le vagin de l'utérus et ouvrir la cavité abdominale que de repousser la tête : plus d'une malheureuse femme soumise à Paris aux tentatives de personnes peu instruites est venue à l'hospice montrer la preuve de ce que j'avance. »

La version peut cependant donner de bons résultats, pour cela il faut d'abord choisir le moment d'élection : « celui où la dilatation est complète, où la poche des eaux est intacte, où par suite de l'abondance du liquide amniotique, le fœtus a toute sa mobilité » (Bar et Guéniot). On devra de plus s'entourer de précautions nombreuses.

Nous donnons comme exemples les deux observations suivantes dues au professeur Boquel, dans lesquelles les précautions observées ont permis de mener à bien la version.

M^{me} X..., primipare, 29 ans, a eues dernières règles du 15 au 20 juin 1905. Sa grossesse a été parfaitement normale. La présentation est celle du sommet fléchi en O I G P. tête à peu près engagée, très haute dans l'excavation.

Le travail débute le 19 mars 1906, à 7 heures du matin, par la rupture prématurée de la poche des eaux. L'effacement du col est à peu près complet vers 10 heures. La dilatation se fait très lentement, d'une façon assez régulière, mais la tête, une fois la dilatation complète, dans la nuit, ne progresse pas, malgré

des coliques assez violentes ; l'utérus est contracté, dur.

Devant cet arrêt de travail, sans cause du côté du bassin, on cherche à abaisser la tête avec la branche antérieure du forceps ; on y arrive assez aisément, la tête est au large. On articule le forceps, on tire, rien ne vient.

On désarticule le forceps, on administre du chloroforme et la main introduite reconnaît, au-dessus de la présentation, enserrant le cou, la présence de l'anneau de Bandl rétracté. Le segment inférieur n'est nullement tendu.

On arrive peu à peu à insinuer la main dans l'anneau, on saisit un pied qui, amené à la vulve, est muni d'un lacs. D'une main, on repousse la tête, pendant que l'autre main tire doucement sur le lacs : la tête franchit l'anneau de Blandl, l'évolution se fait. L'enfant, une fille, est amené à la vulve. Mais l'extraction de la tête demande un certain temps, par suite de la fatigue extrême de l'opérateur. Elle est enfin extraite, en état de mort apparente. On la ranime, mais elle succombe le lendemain.

Le toucher fait après la délivrance, qu'un peu d'hémorragie accompagne, montre que l'utérus est intact et qu'il existe un noyau fibromateux à la paroi antérieure de l'utérus, près du fond.

Les suites furent normales.

Marie H..., 27 ans, primipare, hospitalisée depuis deux mois, parce qu'elle aurait eu une perte de sang assez abondante vers sept mois, entre en travail le 5 octobre, à 4 heures du matin. Les dernières règles datent du 15 au 18 décembre. La présentation est celle du sommet fléchi, non engagé, mobile au-dessus du détroit supérieur (On a pensé à l'existence d'un placenta prævia).

Le travail marche assez régulièrement, quoique très lentement;

la dilatation commencée vers midi, le 5, est complète le 6, à 7 heures du matin. A ce moment la poche des eaux apparaît à la vulve. On la rompt en examinant la malade et on trouve, avec une dilatation complète, la tête non engagée. L'engagement tend cependant à se faire lentement; à 10 heures, la bosse pariétale postérieure est dans la concavité sacrée, la bosse pariétale antérieure derrière et presque sous le pubis. A 1 heure, la tête n'a pas progressé ou à peine, malgré des douleurs assez fréquentes. Une bosse séro-sanguine s'accuse sur la tête du fœtus, qui, d'ailleurs, vit parfaitement bien.

On décide d'intervenir et, tout d'abord, on donne du chloroforme. La tête étant engagée, on applique le forceps, branche droite d'abord, qui fait facilement descendre la tête dans la concavité sacrée, branche gauche ensuite, et on articule aisément dans l'excavation, la tête étant, d'ailleurs, parfaitement au large.

Au moment où on va vérifier la prise, avant toute traction, on constate que la tête est remontée, comme attirée ou repoussée en haut. On désarticule le forceps, on l'enlève et on pratique le toucher manuel.

On constate que l'anneau de Bandl, rétracté, enserre le cou; le segment inférieur n'est nullement tendu, la tête est au large. En raison de la contracture peu considérable, semble-t-il, et aussi du peu de temps relatif qui s'est écoulé depuis la rupture de la poche des eaux, de l'absence de troubles fœtaux, le bassin paraissant parfaitement large, on décide de tenter la version.

On va chercher un pied, qu'on amène aisément dans le vagin. On place immédiatement un lacs sur ce pied et on le donne à un aide. La main va alors chercher à refouler la tête. Au moment où il semble qu'elle cède, on prie l'aide de tirer doucement; l'évolution se fait au bout d'un temps assez court en

somme. On extrait alors rapidement l'enfant, qui naît un peu étonné, mais respire promptement, sous l'influence des seules excitations cutanées.

La délivrance se fait spontanément dix minutes environ après l'accouchement.

En palpant la matrice, on trouve au niveau du fond un petit noyau fibreux du volume d'une noix environ.

Les suites furent normales.

Au cours de la version quand la main a franchi l'anneau et saisi un pied, l'évolution apparaît parfois comme difficile. Si on y met quelque violence, on risque d'augmenter la contracture et par conséquent de produire une rupture utérine. On peut alors s'aider de la double manœuvre de Justine Siegmundin destinée à aider la tête à remonter dans le fond de l'utérus. Pour cela, on place un lacs sur le pied saisi et amené, on tire sur le lacs avec une main, ou on le confie à un aide. Pendant ce temps, une main introduite dans le vagin et poussée vers la suture sagittale pousse la tête en haut. Les deux mains agissant de concert, on a à un moment donné la sensation de résistance vaincue. Une fois la tête remontée au-dessus de l'obstacle, le reste de l'opération s'accomplit normalement. Mais il peut arriver que tout ne marche pas à souhait, et que notamment la tête, au lieu de dépasser l'anneau butte contre lui, se cale dans cette position en déprimant la mince paroi formée par le segment inférieur, on peut alors employer le moyen suivant proposé par Budin : « Le pied ayant été amené dans le vagin ou au niveau de la partie supérieure de

ce canal, on met un lacs sur ce membre inférieur comme dans la double manœuvre, puis on confie ce lacs à un aide qui ne va pas exercer de traction pour le moment, mais va seulement se tenir prêt à tirer lorsqu'on lui dira de le faire.

« On introduit alors une main dans les parties génitales, et on fait pénétrer l'extrémité du doigt entre l'anneau de Bandl et la tête. Cette main s'efforcera de refouler un peu l'anneau de contraction de dedans en dehors, mais elle constituera surtout un plan incliné allant de la cavité cervicale vers la cavité du corps de l'utérus. L'autre main s'efforce de refouler avec le bout des doigts la tête, qu'on réussit souvent à faire glisser sur le plan incliné.

« Quand on sent que la tête a presque complètement franchi l'anneau de contraction, sans cesser d'exercer une pression sur l'extrémité céphalique, on prie l'aide de tirer sur le lacs : l'évolution se produit, la tête remonte au fond de l'utérus et le siège au contraire descend. » On voit que la version est loin d'être une chose facile quand il faut, pour la pratiquer, avoir recours à toutes ces manœuvres compliquées. L'introduction de l'avant-bras et de la main de l'accoucheur dans un segment inférieur surdistendu est déjà par elle-même une cause capable d'amener la plus terrible complication de la contracture, la rupture utérine. Aussi faut-il réserver cette manœuvre au cas où le segment paraît encore assez souple ; dans les autres, il faut beaucoup mieux suivre le conseil de Bar : « Lorsque la contraction de l'anneau de Bandl est telle qu'on ne puisse introduire

la main, le mieux est, si la tête se présente, de ne pas faire la version. »

Alors que faut-il donc faire ? Nous trouvons-nous acculés à pratiquer l'embryotomie sur l'enfant vivant ? Des auteurs, encore assez nombreux l'admettent. Ces enfants sont vivants, certes, nous disent-ils, mais ils ne sont pas viables ; traumatisés par les manœuvres tentées antérieurement, peut-être même atteints par une infection commençante, mieux vaut ne pas se préoccuper d'une vitalité toute virtuelle et faire l'intervention la plus simple, la moins dangereuse pour la mère : l'embryotomie.

Nous répondrons tout d'abord que l'innocuité tant vantée de l'embryotomie est loin d'être prouvée, nous croyons l'avoir démontré dans notre précédent chapitre et les deux observations que nous apportons à l'appui de nos dires en font foi.

Que d'autre part on parle souvent un peu à la légère de la non-viabilité de ces enfants. En effet, si nous nous reportons à notre statistique portant sur 7 cas de césarienne d'urgence pour contracture, nous constatons que dans les trois opérations qui avaient été précédées de manœuvres (en l'espèce, tentative de version), nous avons des enfants vivants. Nous nous trouvons pourtant bien dans le cas où les partisans de l'embryotomie auraient appliqué leur méthode. Ces trois enfants doivent la vie à un procédé qui la leur a sauvée d'une façon effective. De plus leurs mères se sont parfaitement remises de l'opération.

Des 4 autres cas où aucune manœuvre n'avait précédé

la césarienne, trois enfants sont restés vivants, un autre est mort vingt-quatre heures après sa naissance. Mais, comme l'a fort judicieusement fait remarquer le professeur Boquel, « ne pas réussir à sauver un enfant qu'on a réellement chance de sauver en sauvegardant au mieux les intérêts de la mère, n'est tout de même pas la même chose que de le tuer de propos délibéré. »

L'embryotomie serait admissible à la rigueur si elle était le seul moyen de sauver la mère, on pourrait alors se résoudre à faire le sacrifice de l'enfant.

Nous venons de voir que, tuant naturellement toujours l'enfant, n'épargnant pas toujours la mère on pouvait lui opposer un autre moyen de traiter qui lui, pouvait et en fait arrivait presque constamment à sauver les deux.

Le beau principe du professeur Pinard : « L'embryotomie sur l'enfant vivant a vécu », a été un des premiers que nous ait appris notre maître en obstétrique. Nous nous y maintenons et nous repoussons de toutes nos forces l'embryotomie sur l'enfant vivant.

CÉSARIENNE CONSERVATRICE OU HYSTÉRECTOMIE

Nous venons de voir que dans le cas d'enfant vivant, lorsque la tête est engagée, on doit faire le forceps ; que lorsque la tête n'est pas engagée, ou qu'on a affaire à une autre présentation que la tête, la version donne de bons résultats, à condition qu'au préalable le chloroforme ait permis de constater une atténuation dans la contracture.

Mais quand la contracture est considérable, que l'utérus se moule sur le fœtus ne permettant ni le forceps ni la version, que l'enfant est toujours vivant et par conséquent l'embryotomie à rejeter, que faut-il faire ?

Une seule alternative nous reste : ou césarienne, ou hystérectomie.

C'est la même alternative qui se posera de toute évidence dans le cas de contracture du col, état où on ne doit employer, comme nous l'avons vu, ni excitateurs, ni dilateurs, ni ballons, et où on doit de toute nécessité, par suite de la fermeture du col, intervenir par la

voie haute. C'est ce qui fut fait dans l'observation suivante que nous donnons à titre d'exemple :

Marie B..., femme M..., 30 ans, secondipare, a été accouchée une première fois à 26 ans, au forceps, d'un enfant mort-né.

Au dire de la malade, il y aurait eu des déchirures considérables et on aurait suturé le col.

Les dernières règles ont eu lieu du 6 au 10 juillet 1906.

La malade entre à la Maternité le 20 avril, à 7 heures du soir, se plaignant de violentes coliques, durant depuis le matin, 9 heures. Elle est à terme, les bruits du cœur sont bons; aucun écoulement n'est signalé par les voies génitales.

On pratique le toucher vaginal et on constate la présence d'un bourrelet œdémateux à la place du col, bourrelet bombant dans le vagin. On recherche l'orifice du col, qu'on ne trouve pas : on trouve seulement, à gauche, une petite cicatrice, mais on ne constate aucun orifice. La tête est mobile au-dessus du détroit supérieur, non engagée. On examine la malade au spéculum. On aperçoit une masse tombant dans le vagin, mais nulle part on ne trouve d'orifice du col; en examinant attentivement à gauche, on aperçoit une petite dépression, mais on ne constate la présence d'aucun orifice.

M. le Dr Tesson, mon suppléant, chargé en ce moment du service, décide alors d'intervenir. Il pratique une opération césarienne. Un enfant vivant de 3 kgr. 340 est extrait. La mère guérit sans incident. (Pratique de la dystocie.)

Quand donc on ne doit faire que la césarienne ou l'hystérectomie, à laquelle de ces deux opérations doit-on s'adresser ?

Examinons tout d'abord la question de la césarienne qui a sur l'hystérectomie le grand avantage d'être une opération conservatrice. Il faut avouer que l'opinion médicale ne lui est guère favorable.

Le dernier document paru sur la question est le tout récent rapport de Couvelaire à la Société obstétricale de France en sa session d'octobre 1909, et certes, il est loin de plaider pour elle. Les objections qu'il fait à la césarienne tardive ou d'urgence nous ont paru porter sur deux points : que nous examinerons l'un après l'autre.

1° Danger de l'infection ;

2° Fréquence des complications au cours des grossesses ultérieures et des opérations itératives.

La crainte de l'infection est certes une excellente chose. Elle ne doit pourtant pas aller jusqu'à faire compter sur l'infection quand elle n'est pas encore déclarée.

Deux hypothèses peuvent être faites : ou la malade est saine, et alors la césarienne ne présente ni plus ni moins de gravité qu'une laparotomie quelconque, ou l'infection couve et menace d'éclater dans quelques heures.

On se trouve alors en présence de liquides utérins plus ou moins chargés de germes et de toxines susceptibles dès lors d'infecter le péritoine.

L'intervention en devient sans doute plus aléatoire, cependant même dans ce cas il n'est pas bien sûr que la césarienne soit beaucoup plus nocive que toute autre intervention pratiquée à ce moment. Pinard a pu dire :

« Les conditions dans lesquelles se trouve l'organisme maternel au moment d'une intervention obstétricale quelconque, jouent au point de vue des suites opératoires un rôle considérable sinon capital. » Certes si l'infection est constituée, certaine, il est bien évident qu'il n'y a rien de bon à attendre de l'opération césarienne conservatrice. Cependant à l'aide d'une technique spéciale nous montrerons qu'on peut en élargir les indications. Nous croyons néanmoins que la pratiquer lors d'une infection constituée serait dépasser les limites permises.

Il faut alors beaucoup mieux avoir recours à une autre opération le Porro qui, mutilation inutile dans les autres cas, paraît particulièrement indiquée dans celui-ci, car en enlevant l'utérus, on enlève en même temps tous les germes qu'il contient et qui n'ont pas eu encore le temps de passer dans la circulation générale.

Nous voyons quelle est l'importance pour le sujet qui nous occupe, de l'infection. C'est faire ressortir tout l'intérêt qu'il y aurait à en faire le diagnostic précoce. L'étude minutieuse des femmes en travail pourra peut-être un peu nous donner les renseignements qui actuellement nous font défaut, « recherche de la température et examen du poulx, comparaison des deux, et rapports réciproques entre eux, autant d'éléments d'appréciation que l'on doit en pareil cas noter avec soin. La comparaison de ces malades et de celles qui sont sous le coup d'infections péritonéales ou généralisées au début doit être capable aussi d'éclairer la question. » Nous ferons de plus une remarque, c'est que si

avant d'intervenir, aucun signe d'infection n'a pu être reconnu, souvent l'intervention elle-même nous donne des renseignements assez précis.

Sans avoir en vue les troubles péritonéaux qu'on peut rencontrer, tels que distension des anses intestinales, vascularisation, qui souvent sont incompatibles avec la vie du fœtus, on peut trouver dans l'odeur du liquide amniotique ou de l'arrière-faix des raisons de croire à une infection commencée. Il n'est pas trop tard alors pour pousser l'opération plus avant et se décider à enlever l'utérus suspect. Mais il importe naturellement de garantir le péritoine des contacts dangereux qui pourraient lui être imposés. Pour cela nous préconisons l'extériorisation de l'utérus, précaution qui avait été négligée dans l'opération qui avait été suivie d'insuccès, que l'on trouvera dans nos observations.

En résumé l'infection reconnue paraît être la seule contre-indication à l'intervention et la rupture des membranes ne saurait constituer une contre-indication car elle ne veut pas dire pour cela femme infectée. Il n'y a qu'à se reporter à la statistique de Lemoussu (Thèse, 1908) pour s'en rendre compte.

Les manœuvres antérieures à condition d'avoir été faites proprement, ne doivent pas non plus empêcher de pratiquer l'opération césarienne.

Ce cas se présente assez fréquemment, nous savons en effet que la version notamment, que l'on peut essayer parfois dans la contracture, est dans ce cas particulièrement difficile. Parfois même elle est impossible et il arrive que l'opérateur prudent, après une ten-

tative qui lui en a fait reconnaître et les difficultés et les dangers, y renonce. Il pourra ensuite parfaitement procéder à l'extraction du fœtus par section césarienne. Nos observations 1, 6, 7 dues au D^r Boquel ont trait à des femmes qui furent césarisées après tentative de version. Elles ont donné comme résultats les trois mères guéries et les trois enfants vivants.

Que faut-il penser de l'autre objection faite par Couvelaire dans le chapitre « Fréquence des complications au cours de grossesses ultérieures et des opérations itératives ». On y lit « la valeur fonctionnelle de l'utérus après l'opération césarienne paraissait devoir être sauvegardée par la technique moderne qui, grâce à l'asepsie opératoire et à la pratique systématique de la suture utérine, devait assurer une cicatrisation régulière de la section utérine. Les premières statistiques de Léopold, d'Olshausen, de Zweifel, de Bar, de Schauta semblèrent confirmer par des faits ces prévisions théoriques. Cet optimisme que reflétaient les revues générales basées sur les premières statistiques et l'assemblage de faits isolés est certainement exagéré.

Assurément Fruhinsholz nous a montré « qu'en général la césarienne répétée donne des produits fœtaux dont la qualité légitime absolument la récurrence opératoire », mais du côté maternel les résultats ne sont pas toujours aussi satisfaisants. »

Ainsi, l'auteur admet que la césarienne ne nuit en rien aux enfants à venir, mais bien plutôt à la mère.

Les amincissements de la paroi utérine au niveau de la cicatrice ne seraient pas exceptionnels, ils cause-

raient des risques de rupture à la fin de la grossesse et au cours du travail. Qui dit que ces amincissements ne sont pas causés par une suture mal faite, à points éloignés et insuffisamment serrés? Notre maître ne les a jamais trouvés. Pour notre part, il nous a été donné de l'aider à pratiquer une césarienne pour la troisième fois chez la même femme; pas plus que lui nous n'avons constaté de rétrécissement appréciable à la vue ni au palper dans la paroi. Il nous a même été impossible de retrouver la trace des anciennes cicatrices. Notons que cette même femme opérée pour bassin plat rachitique, a depuis subi sa quatrième césarienne avec un plein succès. Ces amincissements, ajoute le rapporteur, seraient peut-être plus nombreux encore si un certain nombre de césariennes itératives n'étaient pratiquées avant tout début de travail. Nous ferons simplement remarquer que l'expérience du Dr Boquel dont nous rappelons les constatations porte presque uniquement sur des césariennes itératives dont toutes les opérations ont été pratiquées tardivement.

Des observations du même auteur il ressort que les adhérences utéro-pariétales et épiploïques sont très rares. Les adhérences intestinales à l'utérus n'existent pour ainsi dire jamais quand la suture utérine est bien faite et que le péritoine recouvre les parties cruentées. Les adhérences de l'intestin à la paroi ont été trouvées une fois à la quatrième césarienne de cette rachitique dont nous parlions tout à l'heure. « La raison en était facile à comprendre, lors de l'intervention précédente, à la suite d'une désunion de la plaie (la malade s'étant

levée le deuxième jour) l'intestin hernié avait dû être réduit et une suture faite à nouveau. L'utérus alors trouvé libre d'adhérences est resté tel et la nouvelle opération l'a trouvé libre. »

De plus, l'état fonctionnel de l'utérus césarisé ne paraît pas notablement inférieur à celui d'un utérus intact. Les dangers de rupture ultérieure, très réels quand la suture est mal faite, laissant un amincissement de la paroi, ne paraissent pas très grands après une opération soignée. De telles femmes peuvent très bien supporter parfaitement de nouvelles grossesses et même de nouvelles césariennes. Sans nul doute, on prévoit le moment où la série de ces opérations devra s'arrêter et où la section césarienne répétée aura pour corollaire obligé mais éloigné la stérilisation. Cependant nous ferons observer que dans la contracture les conditions de possibilité de renouvellement de la césarienne n'ont pas une très grosse importance étant donné que la contracture peut ne pas se produire à tous les accouchements, la question restant entière si elle se reproduit du fait, par exemple, d'une malformation constante du bassin mettant obstacle à la parturition.

Mais alors, si la cause ayant produit la dystocie (contracture) ne se reproduit pas, que deviendra la femme une fois césarisée ? Elle pourra, nous le savons, redevenir enceinte, mais pourra-t-elle mener à bien un accouchement par les voies naturelles ? Certainement oui. A l'appui de cette affirmation nous apportons trois observations de césarisées ayant accouché normalement d'une façon spontanée, l'une deux fois, les autres chacune une

fois depuis leur opération. Et ces accouchements se sont produits d'une façon absolument naturelle sans qu'on ait eu à enregistrer d'incident d'aucune sorte. Un enseignement important se dégage de ce fait, c'est qu'il faut éviter le plus possible d'imposer à une femme atteinte de contracture une opération mutilante et s'en tenir chaque fois qu'on le pourra à la césarienne qui lui permettra pour les accouchements futurs, le fonctionnement normal de ses organes.

Dans le *Handbuch der Geburtshilfe* de Von Winckel à l'article « Rupture » on lit : « Quand le diagnostic de « rupture imminente » est fait il ne reste plus assez de temps généralement pour préparer la césarienne, cette opération est aussi habituellement contre indiquée parce qu'un utérus meurtri, distendu, n'offre pas de meilleure chance pour l'opération quel'état général de la mère et de l'enfant ». Les meurtrissures, les distensions de l'utérus devront-elles empêcher d'opérer ? Non évidemment, la césarienne est l'opération la plus simple, celle qui risque le moins de meurtrir l'utérus, qui l'expose le moins à de nouvelles distensions que causerait nécessairement toute manœuvre faite par la voie basse. Elle a de plus l'avantage de prévenir l'inertie utérine fréquente dans le cas d'organe distendu et fatigué, car elle seule permet l'emploi du médicament dont l'action énergique empêche l'inertie : l'ergotine.

Quant au reproche du temps nécessaire à la préparation de la césarienne, il peut paraître plus grave. Il ne saurait exister pour les maternités bien tenues où la

boîte d'instruments toujours stérilisée et prête attend le bon plaisir de l'opérateur.

Ferons-nous alors de la césarienne une opération réservée à la pratique hospitalière ? Pas du tout, nous estimons qu'elle est aussi rapide à préparer aussi facile à exécuter que n'importe quelle opération que peut et doit pouvoir faire le médecin de campagne. Certainement s'il a le temps il pourra avoir recours à l'expérience et à l'habileté d'un praticien exercé, mais le cas échéant, il doit pouvoir lui-même en assurer l'exécution.

Nous empruntons les lignes suivantes au Dr Forster qui dans les plus mauvaises conditions d'installation, chez une parturiente en travail depuis huit jours, et plusieurs jours après la rupture de la poche des eaux, a le courage de pratiquer la césarienne et sauve ainsi la mère et l'enfant. « Au moment de terminer la relation de cette observation, je dois dire à ceux de nos confrères qui comme moi exercent à la campagne, que si je m'en rapporte aux impressions que j'ai éprouvées moi-même, il ne faut pas redouter (eu égard aux précautions antiseptiques qui sont aujourd'hui d'un usage courant) cette grosse opération qu'on appelle l'opération césarienne. Chacun de nous doit pouvoir, je dirai doit la faire pour ainsi dire au pied levé. Pour ce qui me concerne, elle ne m'effraye plus; et dans toutes les circonstances où une intervention d'une gravité semblable s'imposera, je lui donnerai certainement le pas sur la céphalotripsie. Pour moi les chances de mortalité ne sont pas plus élevées, l'opération n'est pas plus longue ni plus difficile, et en pratiquant l'opération césarienne

nous avons au moins la satisfaction de conserver des enfants que généralement on sacrifie d'une façon un peu trop hâtive.

En publiant cette observation, j'ai voulu montrer combien en obstétrique l'application rigoureuse de la méthode antiseptique rend l'intervention chirurgicale peu dangereuse, montrer aussi combien avec les ressources bien modestes que nous trouvons dans notre milieu campagnard, il est possible de parer très suffisamment aux obligations et aux indications qui peuvent surgir d'un moment à l'autre, encourager enfin mes confrères à pratiquer sans hésitation une opération grave, il est vrai, mais qui peut nous être commandée d'urgence, et la pratiquer avec les plus grandes chances de succès quand elle est faite sans précipitation en en prenant les précautions de propreté et d'antisepsie dont nous ne devons jamais nous départir dans la moindre section des tissus. » *Bulletin Médical des Vosges* 1894.

L'opération césarienne paraît donc devoir être préconisée dans le cas de contracture utérine. Aussi a-t-on tenté de la réhabiliter dans ces derniers temps, notamment dans la thèse de Legagneur qui la préconise. Il n'apporte d'ailleurs aucun fait à l'appui de ses préférences. Le raisonnement est sans doute une belle chose mais il peut conduire à de grandes erreurs si on n'a soin de l'étayer par des faits qui seuls sont probants.

Nous apportons sept observations de césariennes d'urgence faites pour contracture, cinq d'entre elles ont déjà été publiées, les deux dernières sont complètes.

tement inédites. Nous pouvons en résumer les résultats dans la statistique suivante :

AUTEURS	Part.	Manœuvres antérieures	Causes de l'opération	Mère	Enfant
1. D ^r BOQUEL.	Multipare	Tent. version	Contracture	Guérie	Vivant
2. D ^r BOQUEL.	Multipare	Aucune	Contracture	Guérie	Mort 24 h. ap.
3. D ^r BOQUEL.	Multipare	Aucune	Contracture	Morte	Vivant
4. D ^r POTOCKI	Multipare	Aucune	Contracture	Guérie	Vivant
5. D ^r GROSSE.	Primipare	Aucune	Contracture	Guérie	Vivant
6. D ^r BOQUEL.	Multipare	Tent. version	Contracture	Guérie	Vivant
7. D ^r BOQUEL.	Primipare	Tent. version	Contracture	Guérie	Vivant

Nous pourrions faire un pourcentage en nous basant sur les résultats ci-dessus, et en tirer des conclusions. Nous pensons qu'une telle manière de faire qui pourrait contenter certains esprits mathématiques, risquerait de donner une idée fort inexacte de la question. Les chiffres bruts ont une importance lorsque la statistique s'étend à un nombre considérable de cas, car alors les faits particuliers propres à chacun d'eux sont pour ainsi dire fondus dans l'ensemble dont il ne troublent guère l'exactitude. Il n'en est plus de même quand l'étude porte sur un nombre relativement restreint d'observations, comme pour nous, et chaque point saillant doit être examiné et critiqué séparément sous peine de conduire à des conclusions erronées.

Sur les sept observations signalées nous avons une mort de femme et une d'enfant. C'est beaucoup, pourra-

t-on dire. Pour ce qui est de l'enfant nous ne saurions discuter encore le résultat sans risquer de tomber dans des redites. Nous nous contenterons de rappeler que ces sept enfants étaient de par l'intervention autre que la césarienne, l'embryotomie, voués à une mort certaine. Que six ont été sauvés d'une façon effective, on ne saurait donc reprocher de n'avoir pas sauvé le septième puisque tout a été employé pour cela, que les moyens qui seuls pouvaient assurer sa conservation ont été mis en œuvre, et que pour tous ceux qui rejettent la césarienne au profit de l'embryotomie il était virtuellement mort.

La mort de la femme paraît incriminer davantage le choix de l'intervention. Nous ne croyons pas qu'il faille rapporter cet insuccès à la césarienne proprement dite, mais bien plutôt à la technique qui a été suivie. Nous croyons en effet que l'utérus a été incisé *in situ*, avec une protection imparfaite du péritoine.

La faute en était imputable à ce que l'expérience s'appuyant sur les observations n'avait pas encore perfectionné ce point de pratique. Il est bien probable que si l'organe avait été extériorisé les suites eussent été plus favorables. Il ne faut pas de prime abord et sans examen préalable rapporter à une méthode un insuccès dû aux tâtonnements inséparables de son début. Rien ne prouve d'ailleurs que dans ce cas toute autre intervention eût eu un meilleur résultat pour la mère et elle eût donné un enfant mort.

Les suites opératoires sont parfois entrecoupées de quelques incidents. Trois sont normales (Obs. 1, 2, 4).

Dans l'observation 5 on note une élévation de température expliquée par la formation d'un abcès qui donna lieu à une fistule allant au fond de l'utérus, complication due probablement à une suture insuffisamment soignée.

OBS. 6. — Légère phlébite de la jambe gauche.

OBS. 7. — Les suites sont fébriles, 38°-39°, le pouls se maintient pendant quelque temps à un chiffre élevé aux environs de 140. Rien cependant ni du côté des lochies, ni de l'utérus ou de l'intestin ne paraît expliquer ces phénomènes. Ils sont expliqués par la présence d'une congestion pleuro-pulmonaire assez intense qui évolue pendant les jours qui suivent l'opération et qui paraît avoir été la conséquence d'une grippe prise par la malade avant son entrée à l'hôpital.

Si on élimine donc, tout ce qui n'a pas un point de départ utérin, on se trouve en présence de suites assez simples. Et ceci chez des femmes fatiguées, à la suite d'une intervention qui ne saurait être assimilée à une opération prévue, préparée, de longue main et exécutée au moment voulu par le chirurgien.

La façon d'opérer devra différer un peu de celle adoptée pour la césarienne tardive. La paroi abdominale incisée, le globe utérin mis à nu sera énucléé, extériorisé, ramené dans le plan antéro-postérieur, entouré de grandes compresses qui l'isoleront de la cavité abdominale, et refouleront les anses d'intestin qui n'ont que trop de tendance à se montrer à l'angle supérieur de l'incision. On ne négligera jamais ce temps de l'extériorisation de l'utérus, lui seul pourra donner de la

sécurité et permettre d'éviter l'infection qui pourrait se produire si le liquide amniotique venait au contact du péritoine.

A part cette précaution qui nous paraît indispensable le manuel opératoire ne différera nullement de celui proposé pour la césarienne ordinaire. Le professeur Boquel conseille simplement d'imbiber de teinture d'iode la mèche que l'on introduit dans l'utérus. Il pense que la teinture d'iode dont le pouvoir antiseptique considérable est bien connu peut jouer un rôle anti-infectieux réel.

De même qu'après toute intervention d'urgence on ne devra pas non plus oublier d'assurer le drainage de l'abdomen.

Si l'infection est reconnue avant l'intervention ou au cours de celle-ci nous sommes d'avis qu'il faut procéder à l'opération de Porro. On entend encore par opération de Porro deux interventions distinctes : le Porro proprement dit ou opération créée par Porro en 1876 pour remédier aux résultats défectueux de la césarienne conservatrice. Ce n'est autre chose que l'amputation utéro-ovarique avec traitement externe du moignon. Ce mode de traitement a contre lui les éventrations consécutives et la lenteur de la cicatrisation du pédicule qui crée autant d'amorces aux complications.

Nous lui préférons de beaucoup l'autre Porro ou hystérectomie subtotale actuelle après césarienne.

Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de voir pratiquer l'hystérectomie après accouchement. La dernière

à laquelle nous ayons assisté était nécessitée par une rupture utérine.

Nous avons été frappé de la facilité que présentait l'hystérectomie faite à cette période. La laxité des ligaments permettait d'attirer l'utérus sans aucune difficulté, et facilitait beaucoup les manœuvres. Les vaisseaux étant très gros et très rétractiles après l'accouchement toute complication fut évitée de ce côté en faisant une hémostase minutieuse et en transfixant les pédicules vasculaires. Le drainage fut assuré par un drain moyen placé à l'angle inférieur de la plaie.

L'ablation de l'utérus après section césarienne ou après l'accouchement ne diffère donc guère de l'hystérectomie ordinaire. Elle est peut-être plus facile et ne comporte que deux précautions un peu spéciales : transfixion des pédicules vasculaires et drainage soigné.

OBSERVATIONS

7 Observations DE CÉSARIENNES POUR CONTRACTURE UTÉRINE

Observation I (Dr BOQUEL)

Contracture utérine chez une multipare. Tentative de version. Césarienne d'urgence. Mère guérie. Enfant vivant. Deux accouchements spontanés ultérieurs (observation VIII).

Marie L..., sextipare, 36 ans, entrée à la maternité le 10 octobre 1902, à 6 h. 1/2 du soir.

La malade n'a marché qu'à 4 ans, et a toujours bien marché depuis cette époque. Elle a été réglée à 13 ans, et a toujours eu des règles normales ; à 18 ans, elle a été atteinte d'une fièvre typhoïde suivie de phlébite.

Première grossesse à 18 ans, forceps, enfant mort à un mois.

Les quatre accouchements suivants sont normaux, mais les enfants meurent tous à l'âge d'un mois ou d'un mois et demi.

La date des dernières règles est incertaine. Les mouvements actifs ont fait leur apparition à la fin de mai. La grossesse a évolué normalement, et la malade ne présente ni sucre ni albumine dans ses urines.

La malade souffre depuis le 10 octobre au matin, et la poche

des eaux est rompue depuis 4 h. 1/2 du soir. Elle arrive en travail à 6 h. 1/2. La dilatation du col présente les dimensions d'une pièce de 5 francs. La tête se trouve au détroit supérieur, amorcée seulement, fort peu mobile. On trouve très en arrière, à peu de distance du promontoire, une suture dirigée dans le sens transversal. Le doigt qui la suit dans toute sa longueur accessible ne rencontre aucune fontanelle.

Néanmoins, comme on ne trouve aucune saillie céphalique au-dessus du pubis, on peut croire que l'on a affaire à la suture sagittale, et que la tête tend à engager son pariétal antérieur. Le promontoire est facilement accessible, bas situé par rapport à la symphyse, et le promonto-sous-pubien est évalué à 8 centimètres.

La femme souffre peu, les contractions sont rares et peu énergiques.

Comme les accouchements précédents se sont terminés seuls après un travail prolongé, on attend.

A 8 heures du soir, la dilatation est comme une petite paume de main. A 10 heures, elle est presque complète. Les contractions utérines sont faibles et rares, les bruits du cœur fœtal bons.

11 octobre. — A 9 heures du matin, la situation n'a pas changé. L'état de la mère et de l'enfant est toujours satisfaisant, on attend.

A 3 heures après-midi, comme le travail n'a fait aucun progrès, on décide de tenter la version podalique, espérant qu'on pourra ainsi faire franchir à une tête normale un détroit supérieur assez peu rétréci.

A 4 heures, chloroforme. Le toucher manuel permet d'établir que la tête est réellement sur son pariétal antérieur. On saisit un pied et on l'amène à la vulve, mais alors un obstacle im-

prévu s'oppose à la rotation intra-utérine du fœtus: la contraction énergique de l'anneau de Bandl.

Dans la crainte de provoquer une rupture utérine qui apparaîtrait comme imminente, on cesse alors toute manœuvre d'extraction manuelle.

On décide de pratiquer immédiatement la césarienne.

Un forceps au détroit supérieur, par suite de la nouvelle situation de la tête, serait même après la symphyséotomie, inapplicable dans ces conditions. Et d'ailleurs, toutes ces manipulations, si elles aboutissaient à un résultat, seraient de nature, réserves faites au point de vue de la rupture, à compromettre singulièrement l'existence de l'enfant.

Intervention. — Sans incidents, On place, dans l'angle inférieur de la plaie cutanée, un drain plongeant dans le cul-de-sac péritonéal antérieur, on attire avec soin la mèche intra-utérine dans le vagin.

Suites opératoires. — Les suites opératoires sont excellentes.

On enlève le drain abdominal le 13 octobre. On retire la mèche intra-utérine le 14.

Le 26, la malade commence à se lever.

Elle sort complètement guérie le 3 novembre 1902.

Ultérieurement cette malade a eu deux accouchements spontanés. Elle fait l'objet de l'observation 8.

Observation II (Dr BOQUEL).

*Contracture utérine chez une multipare. Césarienne d'urgence.
Mère guérie. Enfant vivant (mort 24 h après).*

Marie L..., femme P..., 33 ans, quartipare, entre à la Maternité le 20 décembre 1905, à 2 heures du soir.

En raison de son ignorance du Français, que partagent les bretons qui l'amènent, on ne peut avoir de renseignements sur ses antécédents.

Tout ce qu'on parvient à savoir à peu près, c'est qu'après un travail prolongé (??), la rupture de la poche des eaux s'est faite le matin, à 11 heures.

Le toucher, pratiqué tout d'abord, fait percevoir dans le vagin la main et l'avant-bras droit, qui sortent du col utérin, dilaté comme une paume de main à peine ; le doigt arrive sur la tête, fléchie (en OI DP), ne se présentant pas franchement sur l'aire du détroit supérieur mais un peu rejetée sur la gauche. On sent une saillie notable de la deuxième vertèbre sacrée.

Les bruits du cœur, assez bons, sont entendus près de la ligne médiane. A 4 heures, les bruits du cœur paraissant plus rapides et du liquide amniotique, teinté de méconium, s'écoulant au dehors, un nouveau toucher montre, d'une part, que la dilatation n'a pas progressé, d'autre part que le col n'est pas facilement dilatable, quoique non contracturé.

On m'envoie chercher et je constate l'état précédent. En introduisant la main à travers le col, sans grande peine, dans le but de faire la version ; je constate que le corps utérin, vide d'eau, est fortement rétracté sur le fœtus, le segment inférieur restant souple. L'anneau de Bandl, fortement contracturé, ne paraît pas pouvoir laisser passer la main sans danger. L'auscultation montre que les bruits du cœur sont rapides, irréguliers. Je décide l'opération césarienne, qui est pratiquée aussitôt. Un enfant est facilement extrait, en état de mort apparente, et ranimé non sans difficulté ; il meurt le lendemain 21 octobre.

Je me décidai, en voyant cet enfant compromis — en fait, il fut ranimé, mais mourut le lendemain — à laisser la matrice en

place et me contentai de drainer. La malade se rétablit parfaitement, après quelques oscillations de température les premiers jours, et quitta le service seize jours après l'intervention, en parfait état.

Observation III (D^r BOQUEL)

*Contracture utérine chez une multipare. Césarienne d'urgence.
Mère morte. Enfant vivant.*

Angèle B..., femme R..., 42 ans, nonipare, n'ayant aucun antécédent pathologique, ni du côté de la santé générale, ni du côté du passé obstétrical, entre à la Maternité le 28 juin 1905 à 8 h. 1/2 du matin.

Le début du travail a commencé le 26, vers 11 heures du soir. Toute la nuit et la journée suivante, le travail progresse, mais avec une lenteur désespérante, nous dit la sage-femme, restée auprès d'elle. Un médecin, appelé le 27, à 8 heures du soir, rompt artificiellement les membranes. La tête est en bas, élevée dit-il. La nuit se passe sans nouvel événement, la malade souffrant beaucoup mais les contradictions devenant plus rares et la tête ne progressant pas. Le 28, à 4 heures du matin, un médecin, appelé de nouveau, fait plusieurs tentatives de forceps sans résultat. On décide alors d'envoyer la malade à la Maternité, où elle entre à 8 h. 1/2 du matin.

L'utérus paraît très contracturé, avec étranglement déjà marqué. Les bruits du cœur sont bons. On m'envoie chercher.

Une heure après, à mon arrivée, je trouve une femme dont l'état général paraît peu satisfaisant. Elle semble extrêmement fatiguée, pâle, les traits tirés; le pouls est rapide.

Je constate, en effet, la contracture de l'utérus et le signe de

Bandl. Les bruits du cœur sont bons et s'entendent sur la ligne médiane, un peu à droite de cette ligne.

Je touche et constate, comme on me l'annonçait, l'excavation complètement vide. La tête fixée au-dessus du détroit supérieur, mal fléchie (on sent nettement le front à gauche et en arrière), est bridée par le col, tendu et dilaté à peine comme une paume de main. Une bosse séro-sanguine, déjà marquée, existe sur le sommet.

Le bassin est absolument normal, on ne sent aucune tumeur quelconque faisant obstacle à l'accouchement.

Considérant la rupture comme probable et comme certaine si l'on n'intervient pas par une manœuvre quelconque, rejetant l'embryotomie, puisque l'enfant est vivant, je pratique la césarienne.

L'enfant est extrait rapidement; il crie aussitôt.

Après quelque hésitation, je laisse la matrice en place, malgré l'état général de la femme, je la suture et suture la paroi comme d'habitude, après placement d'un drain. Il est à noter que la matrice a été incisée *in situ* et que la protection de la cavité péritonéale a peut-être été incomplètement faite par un aide peu habitué à ces manœuvres.

Les suites furent mauvaises et la malade mourut sans phénomènes péritonéaux autres que la distention intestinale et, au niveau du drain, un peu de sécrétion roussâtre, dans laquelle on décéla d'ailleurs du streptocoque, d'infection généralisée le 1^{er} juillet, soit quatre jours après l'intervention.

L'enfant s'est parfaitement élevé depuis.

Observation IV (résumée) D^r POTOCKI.

Opération césarienne pour rupture imminente de l'utérus dix-sept heures après le début du travail, deux heures après la rupture des membranes. — Guérison de la mère. — Enfant vivant.

Femme de 24 ans, ménagère, III pare.

Premier accouchement à 18 ans : enfant vivant à terme extrait au forceps.

Deuxième accouchement à 20 ans. Accouchement spontané d'un enfant normal.

Grossesse actuelle. — Entre à la maternité le 17 septembre 1903 à terme. Les premières douleurs étaient apparues le 16 septembre à 8 heures du soir, le travail se poursuivant régulièrement jusqu'au lendemain matin jour de son entrée.

Le 17 septembre à 8 heures du matin, on constate un utérus régulier, exagérément distendu, en antéverson assez accusée. Tête très mobile. Bruits du cœur du fœtus bons. Dilatation d'une paume de main. Poche des eaux volumineuse. Bassin généralement rétréci Psp. 9 cm. 8.

Vu les accouchements précédents, on espère que l'accouchement se terminera bien ; on compte que la tête s'engagera et descendra après l'écoulement des eaux. Contractions fréquentes et énergiques. 11 heures du matin, dilatation complète, on rompt la poche des eaux.

Au bout de quelques minutes, l'orifice externe est revenu sur lui-même, la tête n'appuyant pas sur lui. On donne un bain sans résultat.

La dilatation n'est plus que d'une petite paume de main ;

œdème de la lèvre antérieure du col. 1 heure après-midi, contractions subintantes. Utérus rétracté sur le fœtus. Tête ne progresse pas. Bruits du cœur moins bien frappés. Méconium.

Quelques instants après, utérus de consistance ligneuse légèrement en sablier; œdème du segment inférieur, signes faisant craindre une rupture utérine. Col résistant, intimement appliqué sur la bosse séro-sanguine, interdisant toute application de forceps ou de basiotribe. La symphyséotomie est contre indiquée pour deux raisons; le col est non dilatable; la nécessité impérieuse d'une évacuation rapide de l'utérus.

L'extraction par la voie abdominale se trouvait donc manifestement indiquée. Technique classique.

Enfant du sexe masculin vivant de 3.075 grammes.

Après extraction du placenta, toilette de la cavité utérine avec des compresses stérilisées. Introduction dans l'utérus de deux mèches de gaze qui sortent par l'orifice cervical.

Sutures de l'utérus en deux plans; sutures profondes avec catgut n° 3; sutures superficielles avec catgut n° 1.

Sutures de la paroi comprenant la suture du péritoine par surjet au catgut, suture des muscles et de la peau aux crins de Florence.

Drainage abdominal à l'aide d'un drain placé dans le cul-de-sac vésico-utérin; mèche de gaze iodoformée dans le vagin.

Le 18 septembre. — Coliques, injection de morphine; 1.000 gr de sérum artificiel.

Suites opératoires normales. — La malade quitte la Maternité le 22 octobre, en excellent état ainsi que son enfant.

Observation V

D^r GROSSE (de Nantes) *in comptes rendus de la société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris* (juin 1907). *Contracture utérine chez une primipare. Césarienne d'urgence. Mère guérie. Enfant vivant.*

X..., 24 ans, est enceinte pour la première fois; les dernières règles auraient eu lieu du 13 au 17 décembre 1905. Aucun incident pendant sa grossesse.

14 octobre 1906. — Premières douleurs du travail à 4 heures du matin; rupture précoce des membranes à 5 heures du matin. La femme est admise dans la matinée à la salle de travail et examinée: femme de taille moyenne, bien constituée, sans stigmates extérieurs de rachidisme. A marché à 1 an, et toujours bien marché.

Présentation céphalique en O I G T, enfant vivant.

Col utérin incomplètement effacé; tête très élevée.

A 9 heures du matin dilatation de 1 franc.

A 6 heures du soir dilatation de 2 francs. A minuit même dilatation.

15 octobre matin. — A partir de 2 heures douleurs continues. Dilatation ne fait aucun progrès; la tête ne descend pas.

A 6 h. 1/2 dilatation de 5 francs; le fœtus perd du méconium, mais les bruits du cœur sont nettement perçus.

M. le D^r Grosse prévenu arrive à 8 h. 1/2 et constate les contractions utérines très rapprochées. Contraction presque permanente de l'utérus.

Les bruits du cœur du fœtus sont entendus très distinctement.

La tête n'a aucune tendance à l'engagement. Le bassin pré-

sente un certain degré de rétrécissement, le promonto-sous-pubien mesure 10 cm. 5 environ.

Dans ces conditions nous pensons qu'il y a intérêt pour la mère et l'enfant à intervenir le plus rapidement possible. L'insuffisance de la dilatation, la résistance de l'orifice utérin contre indiquant toute tentative d'extraction immédiate du fœtus par les voies naturelles, nous décidons d'avoir recours à l'opération césarienne que nous exécutons à 10 heures avec la précieuse assistance de notre maître, le professeur Vignard.

Incision de la paroi abdominale sur la ligne blanche. Le ventre ouvert, l'utérus est basculé en avant et en grande partie extériorisé; les bords de la plaie sont garnis de compresses. Ouverture de l'utérus : hémorragie insignifiante. Le fœtus, barbouillé de méconium, est saisi par les pieds et rapidement extrait de l'utérus, il est étonné mais est facilement ranimé et ne tarde pas à crier.

Nous sommes alors très hésitant sur la conduite à tenir. Faut-il conserver l'utérus ou terminer par l'hystérectomie?

La rupture précoce des membranes et l'ouverture de l'œuf depuis le début du travail, l'écoulement au dehors du liquide amniotique et du méconium sont des raisons importantes en faveur de l'hystérectomie; d'un autre côté la femme, malgré la fatigue d'un travail pénible datant de plus de vingt-quatre heures, présente un état général satisfaisant sans accélération notable du pouls, sans fièvre. Finalement nous nous décidons pour la césarienne conservatrice.

Le placenta est décollé avec les membranes; toilette de la cavité utérine avec des compresses stérilisées. Une mèche de gaze est introduite dans l'utérus et son extrémité poussée à travers l'orifice cervical jusque dans le vagin. Les compresses sont

changées et on procède à la suture de l'utérus. Suture profonde faite entièrement à la soie à points séparés. Suture superficielle au catgut par points séparés dans l'intervalle des fils de soie de façon à amener un accolement parfait du péritoine. Le ventre est fermé par trois points de suture.

L'enfant du sexe masculin pèse 3.280 grammes.

Suites opératoires: — Le soir de l'opération la température est à 38°, le pouls à 120; l'état général satisfaisant. Dans les jours suivants, il y eut une ascension progressive de la température qui atteignit son maximum 39°5 le soir du cinquième jour. Le lendemain nous constatons que le pansement est souillé de pus, et nous découvrons au niveau de l'ombilic une fistule abdominale allant vers le fond de l'utérus. Drainage, pansement humide à l'eau oxygénée.

La température tombe immédiatement à 36°5 et reste désormais à la normale. La femme quitte la maternité en excellente santé le 6 décembre 1906. Son enfant pesait alors 4.080 grammes.

Observation VI (Inédite) Dr BOQUEL

Contracture utérine chez une femme présentant un léger rétrécissement du bassin. Tentative de version. Césarienne d'urgence. Mère guérie. Enfant vivant.

Marie M..., femme V..., âgée de 25 ans, I pare, entre à la Maternité le 24 juin vers 6 heures du matin.

Prise la veille dans l'après-midi des premières douleurs, la tête est restée haute toute la journée et un médecin appelé dans la nuit à une heure du matin constatant cela l'envoie à l'hôpital. En venant dans la voiture, la poche des eaux se rompt. La

malade est d'ailleurs à terme, ses dernières règles étant venues du 11 au 13 septembre, aucun accident pathologique à signaler pendant sa vie de jeune fille, ni au cours de sa grossesse.

Vers 4 h. 1/2 au moment où on la touche on constate que d'une part le col présente une dilatation de 5 francs environ, que d'autre part on a affaire à une présentation de tête fléchie en orientation légèrement oblique droite, la fontanelle postérieure en avant, la suture sagittale est très voisine de la concavité sacrée à un ou deux travers de doigt de cette région.

Le doigt arrive aisément sur un promontoire saillant duquel la tête est distante; on peut placer la pulpe de l'index entre lui et la tête. Et on pense que la tête primitivement très inclinée est en train de redresser son inclinaison, les bruits du cœur entendus à droite et en avant sont très bons. Au fur et à mesure du travail, les coliques s'accroissant, la dilatation grandit. A 8 h. 5 une paume de main. La tête est fortement appuyée à l'entrée du bassin, les pariétaux chevauchant de plus en plus.

A 10 h. 1/2 on fait prendre à la malade la position de Melli Walcher mais sans résultat.

Le chevauchement des pariétaux est de plus en plus considérable. A 11 h. 1/4 je constate qu'aucun progrès ne s'accomplit, sauf du côté de la dilatation qu'on peut considérer comme complète.

Du méconium s'écoule, examinant la femme et pensant qu'il s'agit d'un faux promontoire non d'une tête mal inclinée primitivement, mais considérant le volume de la tête peu considérable, l'accouchement comme possible, je décide de faire une version par manœuvres internes malgré le temps écoulé depuis la rupture de la poche des eaux. On amène à la vulve un pied, le gauche, sur lequel je place un lacs et m'aidant de la dou-

ble manœuvre de Justine Siegmundin, je cherche à faire évoluer le fœtus prudemment.

Je ne puis faire évoluer le fœtus, l'anneau de Bandl entre en contraction et les battements du cœur paraissent diminuer, je décide de faire une intervention chirurgicale. La paroi incisée on trouve l'utérus avec la forme en sablier net. Le fond nettement séparé de la partie inférieure distendue dans l'hypochondre gauche. L'utérus extériorisé est incisé. Le placenta sur lequel on tombe est contourné et l'enfant extrait, l'utérus suturé au fil de lin est réintégré. Le péritoine est drainé, la paroi refaite.

L'enfant venu en état de mort apparente est ranimé. On constate un chevauchement considérable de pariétal gauche antérieur, sur le droit postérieur. Sur celui-ci un point coutus marque la place où la pression s'est exercée.

L'enfant pèse 2 kil. 550 ; à sa sortie, il pèse 3 kil. 470.

Les suites de la maladie furent fébriles sans qu'à aucun moment l'état général parût atteint, sans qu'aucun trouble du côté de l'utérus, ou des lochies et de la paroi abdominale apparût.

On avait cru devoir faire en raison des nombreux touchers pratiqués, à titre préventif, les deux premiers jours, une injection de nucléinate de soude. Le 29, soit cinq jours après l'intervention coïncidant avec le début de la poussée thermique se montrait une éruption généralisée morbilliforme de teinte cuivrée, analogue à un roséole médicamenteuse.

Le douzième jour apparut une phlébite légère de la jambe gauche caractérisée en dehors de l'élévation thermique par l'apparition de deux frissons, survenant à deux jours d'intervalle, et le gonflement d'ailleurs léger de la cheville, du mollet et un peu de la cuisse.

La malade qui a nourri son enfant au sein exclusivement se lève le 6 août, soit six semaines après son opération et sort le 12 août avec son enfant en parfait état.

Il persiste encore au niveau du mollet gauche quelques taches cuivrées vestiges de l'éruption, mais plus de gonflement et la marche, la montée et la descente des escaliers se font aisément.

Observation VII. — (Inédite). D^r BOQUEL.

Contracture utérine chez une primipare à bassin oblique ovalaire. — Tentative de version. — Césarienne d'urgence. — Mère guérie. — Enfant vivant.

Andrée B..., femme G..., âgée de 24 ans l pare, vient consulter pour sa grossesse à 7 mois.

Elle est atteinte depuis son enfance d'une lésion du membre inférieur droit qui ne lui a jamais permis de marcher correctement, mais la fait boiter.

Sa mère s'aperçut un jour, alors qu'elle n'avait qu'un an que sa jambe était faible et qu'elle la remuait difficilement. Elle habitait Paris: Conduite à diverses reprises à la consultation de Trousseau, de Saint-Antoine, de l'Hôtel-Dieu, elle fut toujours et partout considérée comme atteinte de paralysie infantile contre laquelle furent essayés sans succès des traitements électriques et des bains sulfureux, cela pendant plusieurs années.

Actuellement son membre inférieur, complètement atrophié au point de vue musculaire, raccourci mais peu, est difficilement redressable au niveau des articulations de la hanche et du genou. Il est ainsi fixé en abduction à angle droit sur le tronc.

Réglée à 14 ans, elle n'a eu aucun troubles des règles, aucune maladie quelconque en dehors de cette affection d'enfance et mariée il y a un an environ elle est enceinte de 7 mois environ : ses dernières règles étaient venues du 9 au 13 février 1909.

La grossesse s'est assez bien passée jusque-là, en dehors de quelques douleurs lombaires qui se montrent assez fréquemment, mais l'attention a été attirée sur la possibilité et l'utilité d'un accouchement provoqué en raison des lésions de boiterie qu'elle présente et elle vient me consulter pour cela.

L'examen du bassin montre tout d'abord le promontoire accessible, sans plus. En cherchant à explorer le contour du bassin, on note une certaine asymétrie, la cavité droite est moins grande que la cavité gauche, le triangle de Michaelis apparaît nettement scalène, on porte le diagnostic de bassin asymétrique, moins en raison de ce que le promontoire n'est qu'accessible que le bassin paraît en somme assez grand pour admettre le passage d'une tête à terme, que l'asymétrie est peu marquée, que la partie gauche du bassin paraît large, on décide d'attendre.

La malade est revue à différentes reprises, les nouveaux examens confirment cette première opinion. La tête se présente peu fléchie, non engagée, toujours mobile, au-dessus du détroit supérieur, mais il ne semble pas y avoir disproportion entre le volume de la tête et le volume du bassin.

Le 15 novembre elle arrive à la Maternité en travail.

Les douleurs ont débuté le matin, mais au moment de son entrée on constate que le col commence seulement à s'effacer. L'orifice du col est fermé. L'excavation est libre, la partie en présentation, la tête, est très haute, très mobile au-dessus du détroit supérieur à gauche.

Les douleurs persistent toute la nuit, sans grande activité.

A 9 heures du matin le lendemain 16, on constate qu'il y un début de dilatation, le cola le diamètre d'une pièce de un franc : la poche des eaux bombe normalement. Ce n'est que dans la soirée que les douleurs augmentent d'intensité et de fréquence. A minuit et demie la poche des eaux se rompt spontanément. On touche aussitôt et l'on constate, d'une part que la dilatation est complète, d'autre part que la tête appuyée dans le détroit supérieur est mal fléchie. Les bruits du cœur sont normaux. On m'envoie chercher, mais par suite de circonstances indépendantes de ma volonté je ne puis arriver qu'à 3 heures 1/2 du matin, soit trois heures après la rupture de la poche des eaux.

Je constate que l'état n'a pas changé, la tête mal fléchie, est transversalement dirigée, l'occiput à gauche la suture sagittale est plutôt près du promontoire. La tête me paraît grosse, mais pas de volume excessif, il me semble qu'il n'y a pas d'obstacle absolu à ce qu'elle passe à travers ce détroit peu rétréci dont la partie gauche me paraît large et, malgré que trois heures se soient écoulées depuis la rupture de la poche des eaux, ne trouvant pas une césarienne justifiée en principe, je décide de pratiquer la version.

Sous chloroforme, j'abaisse le pied droit puis ne pouvant faire évoluer le fœtus, j'abaisse le pied gauche mais malgré mes efforts, en m'aidant de la double manœuvre, je ne puis réussir à faire évoluer le fœtus. L'anneau de Bandl se contracture, il faut renoncer à la version.

Le cordon est descendu dans le vagin, je le sens battre ; ne voulant pas faire l'embryotomie dans ces conditions et ne pouvant sous peine de rupture continuer mes manœuvres, je décide l'intervention chirurgicale.

La malade placée sur la table est préparée, on fait l'incision

de la paroi, l'incision de l'utérus, on extrait le fœtus qui crie aussitôt.

La suture de l'utérus est faite au catgut suivant le procédé ordinaire, l'utérus rentré, on suture la paroi.

Les suites ne furent pas absolument bonnes si l'on s'en rapporte à la température qui oscilla entre 38° et 39° et au pouls qui fut très rapide pendant longtemps aux environs de 14°; mais de fait il ne semble y avoir aucune complication utérine, les lochies furent normales, le ventre absolument souple revint progressivement de lui-même, les gaz furent évacués le lendemain soir, le ballonnement léger disparu après l'évacuation des matières et des gaz.

La cause des troubles thermiques et circulatoires semble pouvoir être rattachée à de la congestion pleuro-pulmonaire qui évolua pendant les jours qui suivirent son opération et qui paraît avoir été la conséquence d'un refroidissement ou plus probablement d'une grippe pris avant son entrée à l'hôpital, car elle toussait déjà à ce moment. Cette congestion pleuro-pulmonaire évolua sans donner d'inquiétude mais fut suivie d'ictère qui se montra le 20 novembre soit quatre jours après l'intervention, dura peu et ne fut pas très accentué mais s'accompagna d'émission d'urines franchement ictériques.

Lorsqu'elle quitta le service le 10 décembre, la température était aux environs de 37°, mais il persistait dans le poumon droit de la matité et du souffle relevant de sa grippe.

L'enfant à sa naissance pesait 3 kil. 320. A son départ, 10 décembre, il pesait 3 kil. 700 et paraissait en parfait état général.

L'enfant et la mère revus depuis étaient et sont encore en parfait état.

**3 observations. — ACCOUCHEMENT SPONTANÉ CHEZ LES FEMMES QUI
ONT SUBI L'OPÉRATION CÉSARIENNE**

Observation VIII (D^r BOQUEL.)

*Deux accouchements spontanés chez une femme ayant été
césarisée pour contracture (Obs. I.)*

Une femme, âgée de 37 ans, septipare, ayant été césarisée d'urgence, plutôt pour éviter une rupture utérine que parce que son bassin était trop étroit, 8 cm. 8 de P S P. Entre de nouveau à la Maternité le 15 mai 1905, à 10 h. 30 du soir.

Les dernières règles datent du 15 au 20 août 1904. A son arrivée, elle déclare que la poche des eaux est rompue depuis 9 heures du soir. On constate qu'il s'agit d'une présentation du sommet non engagé.

Le col n'est nullement effacé, il n'y a pas de coliques ; on laisse la femme reposer.

Le 17 mai, vers 7 heures du matin, elle est prise de coliques. On la conduit à la salle de travail et, petit à petit, le travail s'installe régulièrement ; à 2 h. 40, la dilatation est complète, la tête bien engagée, en position OIDA. La femme entre aussitôt en période d'expulsion et l'accouchement se termine en dix minutes.

Délivrance par expression quarante minutes après.

Les suites de couches ont été absolument normales.

L'enfant parfaitement vivant, pesait à sa naissance 2 kil. 290.

Les diamètres étaient : S O B : 8 cm. 5 ; B P : 8 centimètres.

Il s'agissait évidemment là d'un accouchement un peu prématuré (la femme avait travaillé pendant tout le temps de sa grossesse), mais tout, en somme, fut normal.

Si la période de dilatation a été un peu longue, ce qui s'explique par la rupture prématurée de la poche des eaux, le travail fut régulier et il n'y eut aucun accident. Ultérieurement, l'involution utérine se fit d'une façon absolument normale, ainsi que je m'en rendis compte.

Cette même femme qui est exposée aux fatigues d'un dur labeur, redevient enceinte et vient nous consulter vers huit mois de grossesse. Je l'hospitalise, car son état de fatigue est réel, et j'attends les événements. Les dernières règles datent des derniers jours de décembre. Elle est prise, le 24 septembre, à 7 heures du matin, des premières douleurs du travail et accouche à 5 h. 10 du soir, après dix heures dix de travail, d'un enfant du sexe féminin, du poids de 2 kil. 670.

La poche des eaux s'était rompue précocement. La position de la tête était comme la précédente : O I D A.

Les suites furent absolument normales et, pas plus qu'au cours du travail, aucune particularité digne d'être signalée ne fut à noter.

L'involution utérine se fit parfaitement bien et, en somme, rien, sauf le petit volume de l'enfant explicable, je crois, par la vie de misère de la mère, ne diffère là d'un accouchement absolument normal.

Observation IX (D^r BOQUEL)

Accouchement spontané chez une femme ayant été césarisée pour rétrécissement léger du bassin.

Cette observation a trait à une femme dont j'ai rapporté l'histoire dans une communication sur la césarienne d'urgence en 1904, jeune femme de 28 ans, primipare, qui me fut amenée

en septembre 1902 d'une petite localité distante d'environ cinq lieues d'Angers. En travail depuis trois jours, la poche des eaux rompue depuis quarante-huit heures, il y avait eu deux applications successives de forceps après dilatation manuelle préalable. On constatait pourtant que le promontoire était seulement accessible. Le col étant contracturé, rigide, l'urine recueillie par la sonde, sanguinolente, j'avais décidé de faire la césarienne en raison de l'état de l'enfant. Un enfant de 3 kil. 550 avait été extrait, qui vit aujourd'hui parfaitement bien, et la mère n'avait eu aucune suite fâcheuse.

Cette femme qui s'occupe aux durs travaux de la campagne, de nouveau enceinte, ayant eu ses règles du 15 au 20 mai 1907, vient me consulter au cours de sa grossesse. Je trouve toujours un prombntoire accessible, mais le rétrécissement du bassin paraît vraiment fort minime. La grossesse se passe absolument d'une façon normale. Je fais entrer cette femme à la maternité le 11 janvier. Une surveillance très exacte ne dénote rien d'anormal : présentation du sommet non engagé, mobile au-dessus du détroit supérieur jusqu'au moment du travail.

Le 24 janvier, à terme par conséquent, la rupture spontanée de la poche des eaux se fait prématurément, à 10 h. 30 du soir. Le travail ne débute que 24 heures après. La dilatation se fait lentement, la femme souffrant peu d'ailleurs : commencée à 11 heures du soir, le 25, elle n'est complète qu'à 8 h. 10 du matin. La malade qui pousse à ce moment, expulse à 8 h. 40, une demi-heure après, un enfant parfaitement vivant, qui placé en O I G A, s'est engagé progressivement au cours de la dilatation.

L'enfant pèse 3 kil. 300. La délivrance se fait 30 minutes après : le placenta était inséré normalement.

Les suites pour la mère et l'enfant furent parfaites. La mère

quitta le service le neuvième jour avec son enfant qu'elle allaitait comme elle avait allaité le premier. A noter que les lochies, l'involution utérine, tout a été parfaitement normal et que la malade ne présente pas la moindre éventration.

Observation X (D^r BOQUEL),

*Accouchement spontané chez une femme ayant été
césarisée pour bassin coxalgique.*

Cette observation a trait à une femme dont mon élève Breau a rapporté l'histoire dans sa thèse : femme entrée à la Maternité d'Angers en juillet 1902. Cette femme, atteinte d'une coxalgie droite remontant à l'âge de 13 ans 1/2 et guérie par ankylose, présentait les caractéristiques pubiennes suivantes : à droite, la partie antérieure de la surface interne du cotyle est saillante, notablement plus près de la ligne médiane que la gauche ; il en est de même de la branche ischio-pubienne droite ; à gauche, au contraire, l'excavation est grande, on ne sent ni le promontoire ni les ailerons du sacrum, les espaces sacro-iliaques sont larges. Il n'y a donc qu'un bassin aplati du côté droit, et le rétrécissement du diamètre oblique droit est dû à une production osseuse au niveau du cotyle à la suite d'une coxalgie ancienne.

La femme étant à la Maternité, l'opération césarienne avait été faite tardive au cours du travail, l'obstacle à l'accouchement paraissant évident du fait de l'observation des phénomènes de l'accouchement. L'enfant pesant 3 k. 860, et la mère étaient sortis en parfait état de la Maternité, sans qu'il y eût d'incident quelconque.

Cette femme enceinte de nouveau, ayant eu ses règles du 15 au 20 février 1907, vient consulter à la Maternité, vers la fin de juillet. On constate chez elle la présence d'albumine en quantité notable (6 grammes par litre). Le régime lacté fait disparaître l'albumine. Le reste de la grossesse se passe bien.

Prise de douleurs le 22 décembre au soir, elle est conduite à la salle de travail. A 10 heures, on constate que le col est effacé, la dilatation commence, la tête tend à s'engager. Les sutures perceptibles à travers le segment inférieur montrent qu'elle est inclinée sur son pariétal postérieur, la suture sagittale très près du pubis dirigée dans le grand diamètre oblique gauche, la fontanelle postérieure à droite et en arrière.

L'engagement se fait progressivement. A 3 heures du matin, au moment où la poche des eaux se rompt spontanément l'engagement est réalisé, la suture sagittale est près du sacrum. A 3 h. 1/2, la tête est à la vulve et se dégage en O P. L'enfant, du sexe masculin, pesant 3 kil. 510 est allaité par sa mère.

Mère et enfant sortent du service en parfaite santé, aucun incident. Les suites de couches, l'involution utérine, tout a été absolument normal et, comme dans l'observation précédente, il faut noter qu'il n'y a chez cette malade pas la moindre trace d'éventration : la cicatrice a tenu admirablement.

CONCLUSIONS

Dans le cas de contracture utérine, la conduite à tenir sera différente suivant qu'on aura affaire à un enfant mort ou à un enfant vivant.

Dans le cas d'enfant mort :

On fera

1° L'embryotomie quand elle sera possible ;

2° L'hystérectomie quand la contracture utérine sera compliquée de contracture du col, quand il y aura menace de rupture utérine, ou infection constituée.

Dans le cas d'enfant vivant :

Dans le cas de présentation céphalique, quand la tête est engagée: Forceps.

Dans le cas de présentation de la tête non engagée, ou de toute autre présentation si le chloroforme amène un peu de relâchement dans la contracture : on fera la version.

Lorsque le forceps ou la version ne paraîtront pas possibles, on ne fera jamais d'embryotomie sur l'enfant vivant. En pareil cas, si l'infection est constituée, on aura recours à l'hystérectomie.

Si l'infection n'est pas constituée, c'est-à-dire dans la plupart des cas, l'opération césarienne d'urgence sera l'intervention de choix.

On aura soin d'extérioriser l'utérus, de protéger le péritoine, et de tamponner la cavité utérine avec une mèche iodée.

Vu : le Président de thèse

PAUL BAR

Vu le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ACCONCI. — Contributo alla studio dele anatomia e fisiologia de le utero gestante e parturiente. Torino, 1890.
- AUVARD. — *Archives de tocologie*. septembre 1890. Traité pratique d'accouchements. Paris, 1898.
- BALTZELL. — On extraordinary case of difficult labor. Am. med. recorder. Philad, 1821.
- BANDL. — Zum verhalten der Collum am nicht schwangeren uterus. *Archiv. für Gynæcologie*. B. XV, H. 2, 1880.
- Sur la limite entre le corps et le col de l'utérus visible sur la paroi abdominale chez les femmes en train d'accoucher. *Berlin, Klin. Wochensch.*, 1875.
 - Ueber das verhalten des uterus und der cervix amende der schevangerschaft und während der Geburt. *Arch. f. Gyn.*. B. X, H. 2.
- BAR. — Notes d'obstétrique, 1889.
- Leçons de pathologie obstétricale. 1900, 1907.
 - Dans l'état actuel de la science, existe-t-il des cas où, s'il y a viciation pelvienne, le médecin peut, sans engager sa responsabilité morale pratiquer l'embryotomie sur l'enfant vivant. *J. des sages-femmes*. Paris, 1907.
 - De la conduite à tenir dans les présentations de l'épaule quand les membranes sont rompues. *Id.*, 1906.
 - L'anneau de Bandl dans la version podalique par manœuvres internes, *Journal des Praticiens*, 1906.

BAR, BRINDEAU, CHAMBRELENT. — La pratique de l'art des accouchements, 1907.

BARBOUR. — Some recent results from the study of labour by means of frozen sections. Ed. and. Lond., 1889.

— Supplement to the atlas of the anatomy of labour. Ed. a. Lond., 1896.

BARDINON. — Version par manœuvres internes sans extraction. *Th. Paris*, 1907.

BARNES (R.). — Leçons sur les opérations obstétricales. Trad. de Cordes.

BAUDELLOCQUE. — Art. des accouchements. Paris, 1844.

BELTZ. — De la rétraction de l'utérus comme cause de dystocie. *Th. Paris*, 1863.

BENCKISER ET HOFMEIER. — Beiträge zur anatomie des Schawengeren und Kreissenden. Stuttgart, 1887.

BENVENUTI. — Un caso di vaginismo ed inergia spasmodica uterina in travaglio di parto con applicazione di forcipe sulla parte presentata (vortice) mobile, allo stretto superiore. Cesalpino, Arezzo, 1906.

BERLIN. — De l'opération césarienne, 1890.

BION. — Emploi rationnel de l'écarteur de Tarnier. *Th. Paris*, 1908.

BLANC. — Exploration clinique du segment inférieur. *Arch. de tocologie*, 1891.

BODRI. — Les accouchements relatifs au cas où il est impossible d'introduire la main pour chercher les pieds, 1797.

BOISSARD. — De la dilatation rapide et forcée du col de l'utérus. Paris, 1906.

BOISSIÈRE. — Le forceps au détroit supérieur. *Th. Paris*, 1900.

BOIVIN (M^{me}). — Mémorial des accouchements.

BONNAIRE. — Broiement de la tête fœtale. *Th. Paris*, 1885.

— Étude de 20 césariennes. *Pr. méd.*, 1907.

BOQUEL. — Leçons de vulgarisation obstétricale, 1905.

— *Bulletin de la société d'obstétrique de Paris*, 20 novembre 1901.

— Sur la césarienne d'urgence. *Soc. obst. de France*, avril 1904.

— *Archives médicales d'Angers*, 1903.

- BOQUEL. — La pratique de la dystocie, 1908.
- BOSSI. — Rupture utérine. *Arch. d'obst. et de gyn.*, 1893.
- BOUDON. — Césarienne et Porro, *Th. Paris*, 1893.
- LE BOURSIER-DUCOUDRAY (M^{me}). — Art des accouchements, 1777.
- BOWEN. — A case of ante partum hour glass contraction of the uterus. *Ann. g. obst.*, N.-Y., 1897.
- BRAUNE. — Des rapports de l'utérus et du fœtus à la fin de la grossesse. Leipzig, 1872.
- BREAU. — *Thèse, Paris*, 1906. Contribution à l'étude de l'accouchement dans les bassins rétrécis.
- Du moment de choix pour entreprendre la césarienne *Arch. médicales d'Angers*, 1906.
- BUÉ. — Mémoire de l'Ac. de méd., 1897, et Nord médical, 1897.
- Hystérotomie et hystérectomie en obstétrique, 1903.
- BUDIN. — Dystocie par l'anneau de Bandl. *L'Obstétrique*, Paris, 1908.
- Leçons de clinique obstétricale.
- De l'embryotomie sur l'enfant vivant. *L'obstétrique*, 1906.
- BUM ET BLUMREICH. *Zeitschr. f. Geburtsh u Gynaek.* LVII 2, et *Semaine médicale*, 1906.
- CANTON. — 25 césariennes conservatrices sans mortalité maternelle. *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1907.
- CASTELLON. — Embryotomie sur l'enfant vivant dans ses rapports avec quelques opérations conservatrices, *Th. Paris*, 1901.
- CAZEAUX ET TARNIER. — Traité d'accouchements.
- CHAMBRELENT. — Dystocie par rétraction de l'anneau de Bandl. *Rev. méd. et chir. des mal. des fem.*, 1895.
- CHARPENTIER. — Traité pratique des accouchements, 1890.
- CHAVE. — Des obstacles apportés aux opérations obstétricales par la rétraction de l'anneau de Bandl. *Th. Lyon*, 1899.
- CHÉRON. — Des difficultés de la version causée par la rétraction de l'anneau de Bandl. *Th. de Paris*, 1899.
- CHROBAK. — Dystocie du col. *Wien, Klin, Woch.*, 1890.
- CLÉMENT. — Des contractions partielles de l'utérus avant et après l'accouchement. *Th. Paris*, 1867.

- COHN. — Opinion des auteurs allemands sur l'anatomie et la physiologie du segment inférieur de l'utérus pendant la grossesse et l'accouchement. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1886.
- Medullaranesthesie in der Geburtsch. (*Deut. Med. Woch.*), 1906.
- COUVELAIRE. — Considérations sur la technique de l'opération césarienne pratiquée à l'ancienne mode. *Soc. obst. de France*, 7-8 oct. 1909.
- CUSHING. — On movements of the uterus *G. Physiol. Lond.*, 1906-1907.
- DEGOUL. — Version podalique par manœuvres externes et internes. *Th. Paris*, 1885-1886.
- DELAMOTHE. — Traité complet des accouchements naturels et contre nature. Paris, 1829.
- DEMELIN. — Du segment inférieur pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. *Th. Paris*, 1888.
- *Revue générale de clinique et de thérapeutique* 1890-1891-1894.
- Anatomie obstétricale, 1892.
- De la rétraction utérine avant la rupture des membranes, 1898.
- Fœtus venant par le sommet retenu tout entier au-dessus de l'anneau rétracté après provocation de l'accouchement. *Soc. obst. de France*, 1892.
- De la dystocie causée par la rétraction de l'anneau de Bandl : expériences relatives à l'application du forceps en pareil cas. *Journal des Praticiens*, 1894.
- Obstétrique d'urgence, 1900.
- *Revue et mémoires d'obstétrique*, 1900.
- De l'anesthésie obstétricale. *Journal des Praticiens*, 1905.
- De la version podalique par manœuvres internes dans les présentations de l'épaule. *Obstétrique*, 1906.
- DESVIGNES. — Ergot de seigle en obstétrique. *Th. Paris*, 1899-1900.
- DODERLEIN. — Précis d'opérations obstétricales, 1907.

- DUBOIS. — Dangers et difficultés de la version provenant de la contraction brusque de l'utérus sur le col de l'enfant. *Gaz des hôp.*, 1845.
- DUBRISAY ET (JEANNIN). — Précis d'accouchements, 1907.
- DUFOUR. — Présentation de l'épaule. *Th. Paris*, 1899-1900.
- DURIEZ. — Étude sur le tétanos utérin. *Th. Paris*, 1887.
- FABRE. — Atlas d'anatomie de la grossesse, 1901.
- FABRE ET (TRILLAT). — De la limitation de la force dans le for-
ceps au détroit supérieur. *Bul. soc. obst.*, 1908. Trois
césariennes. Id.
- FARABEUF ET VARNIER. — Intro. à l'étude clinique et à la prati-
que des accouchements, 1904.
- FIEUX. — Césarienne. *Journ. méd.*, Bordeaux, 1908.
- FOURNEL. — Anomalie de la force expultrice. *Union méd.* 1889.
- FRAIPONT. — Deux cas de césarienne suivis d'amputation. *Scal-
pel*. Liège, 1907-1908.
- FREUND. — Rétention du placenta par rétrécissement de l'anneau
de contraction. *Arch. f. Gynæk.* 1889.
- FROMMEL. — Zur ætiologie und Therapic dex Uterusruptur *Zeits-
chrift für Geburtshülfe*. Bd. VIII, 2.
- GARIPUY. — De l'extraction de la tête dernière avec le perfora-
teur (*Th. Paris*, 1907).
- GASIGLIA. — Considérations pratiques et éclectiques sur l'opéra-
tion de Porro, 1905.
- GAULARD. — Cours d'accouchements.
- GROSSE. — Césarienne d'urgence. *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1907.
- GUÉNIOT. — Version dans utérus tétanisé. *Soc. de chir.*, 1878.
- GUILLEMOT. — Traité de la grossesse et des accouchements. Pa-
ris, 1821.
- GUILLET. — *Thèse, Paris*, 1904. — L'opération césarienne d'ur-
gence.
- HAZARD. — Rigidité du col de l'utérus en dehors de celle oc-
casionnée par les tumeurs. *Th. Paris*, 1901.
- HAINES. — A cases of ante partum hour glass contraction of the
uterus. *Ann. J. obst. N.-Y.*, 1882.
- HERRGOTT. — Variétés de forme de la matrice pendant la gros-
sesse et l'accouchement. *Th. Strasbourg*. 1839.

- HOFFMANN. — Des accouchements et des accidents qui peuvent arriver pendant le travail. Paris, 1835.
- HOFMEIER. — Zur lehre von unterem Uterisegment. *Centrabl. f. Gynaek.*, 1885.
- Contractions verhältnisse des kreisenden uterus. *Zeitsch. f. Gynaek.*, 1881.
- HOSMER. — Ante partum hour glass contraction of the uterus. *Boston Med. and. Surg. Journ.* 1877.
- IMBERT. — Col et segment inférieur à la fin de la grossesse. *Th. Paris*, 1886-1887.
- JAKSON. — Sténose de l'orifice utérin. *Annal of gyn.*, 1881.
- JEANNIN. — De l'emploi rationnel de l'écarteur Tarnier *Presse méd.*, 1907.
- Les méthodes atypiques d'opération césarienne conservatrice. *Société obstétricale de France*, 7-8 octobre 1909.
- JOBERT. — Etat spasmodique du col et du corps de l'utérus persistant pendant toute la durée du travail de la parturition et plus de vingt-quatre heures après la mort du sujet. *Gaz. des hôp.*, 1856.
- JOHNSTONE. — On the étiology of hour glass contraction of the uterus, *Glasgow. M. G.*, 1887.
- KEIFFER. — De la fonction motrice de l'utérus. *Obstétrique*, 1897.
- LABUSQUIÈRE. — Ruptures pendant le travail à terme. *Th. Paris*, 1883-1884.
- Du segment inférieur de l'utérus. *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1907.
- LACHAPELLE (Mme). — Pratique des accouchements, 1821-1825.
- LAIRE. — Embryotomie rachidienne dans ses rapports avec l'incarcération fœtale. *Th. Paris*, 1901-1902.
- LECOMTE. — Contribution à l'étude de la version par manœuvres internes. *Th. Paris* 1904.
- LEMOUSSU. — Opération césarienne tardive. *Th. Paris*, 1908.
- LENOIR SÉE ET TARNIER. — Atlas de l'article des accouchements.
- LÉOPOLD. — Œuf humain in situ, 1907.
- LEPAGE. — Forceps au détroit supérieur. *Th. Paris*, 1887-1888.
- LEVRET. — Observations sur le cours et les accidents de plusieurs accouchements laborieux. Paris, 1770.

- LEWIS. — Dystocia troug circular contraction of apper uterine segment. *Ann. g. obst. N.-Y.*, 1886.
- The bloodleess méthode of artificial dilatations of the cervix uterin at full terme. *Surg. Gyn. et Obst.*, Chicago, 1906.
- LOTT. — Zur anatomie und physiologie des cervix uteri. Erlangen, 1886.
- LUSK. — The etiology und indications for treatement of irregular uterine action during labor, *N.-Y. M. G.*, 1873.
- Science et art des accouchements.
- MACGARVIN. — Hour glass contraction of the uterus with the foetus. *Med. chron. Montréal*, 1858-1859.
- MACNABB. — Uterine tetanoid *South. Pract. Nahsville*, 1888.
- MARKOWITH. — De la dysocie causée par la rétraction de l'anneau appelé cercle utérin de Baudelocque. *Th. Paris*, 1894.
- MASSOT. — Des accidents causés par l'ergot de seigle. *Th. Paris*, 1881.
- MAURICEAU. — Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées. Paris, 1821.
- MAYGRIER (Ch.). — Leçons de clinique obstétricale, 1894.
- MAYGRIER ET SCHWAB. — Précis d'obstétrique.
- MOUCHOTTE. — Sur 14 césariennes conservatrices. *Trib. méd.*, 1908.
- NOEGELÉ. — Traité pratique de l'art des accouchements, 1881.
- PAJOT. — Travaux d'obstétrique et de gynécologie, 1889.
- PATURAGES. — Du col et du segment inférieur à la fin de la grossesse et pendant l'accouchement. *Ann. méd. chir.*, 1894.
- PINARD. — Leçons de clinique obstétricale.
- Des contre-indications de la version. *Th. d'agrégation*.
- POTOCKI. — Embryotomie rachidienne et épaule négligée. *Th. Paris*, 1888.
- Manuel opératoire de l'op. césarienne. *Rev. prat. d'obst. et de gyn.*, Paris, 1906.
- POZZI. — Anatomie et physiologie génitales et obstétricales.
- Manuel théorique et pratique d'accouchements.

- QUEIREL. — Leçons de clinique obstétricale.
- RECASENS. — Algunas consideraciones obstetricas basadas en el examen de un corte sagital practitado en un primipara meurta en pleno periodo de expulsion. *Semana med. Buenos-Aires*, 1906.
- REMY. — Perforation et cranioclasie sur la tête dernière. *Rev. méd. Est*, 1907.
- RIBEMONT-DESSAIGNE et LEPAGE. — Précis d'obstétrique.
- ROLLER. — Sectio cæsarea ans relativier indication, *Pest med. chir. Brest*.
- SCANZONI. — Lehrbuch des geburtshülfe, 1849.
- SCHROEDER. — Tafeln des schwangeren und Kreissenden uterus. Bonn, 1886.
- SCHROEDER. — Ueber das os uteri internum. *Arch. f. gyn.*, B, XXII, HI.
- Lehrbuch der geburtshülfe, 1877.
- SHELL. — The clinical indication for cæsarean section, *Lancet. Clin. Cincin*, 1907.
- SMELLIE. — Obs. sur les acc. Trad. par Fréville.
- SMITH. — Aute partum hour glass contraction of the uterus *Am. G. Obst. N.-Y.*, 1882.
- SOTHERON. — Hour glass contraction of the uterus during labor. *Am. G. obst. N.-Y.*, 1908.
- TARNIER, CHANTREUIL et BUDIN. — Traité de l'art des accouchements.
- TARNIER. — Des cas dans lesquels l'extraction des fœtus et nécessaire, et des procédés opératoires relatifs à cette extraction. *Thèse d'agrégation*.
- VALETTE. — Valeur clinique de la tension permanente des parois utérines en obstétrique. Paris, 1906.
- VARNIER. — Obstétrique journalière, 1900. *Annales de gynécologie*, 1887.
- VELPEAU. — Traité de l'art des accouchements, 1885.
- VALLICH. — Éléments d'obstétrique, 1907.
- YGONIN. — Des obstacles que le col peut apporter à l'accouchement. *Th. Paris*, 1863.

